

**П.В. ИВАЧЕВ  
Ю.С. ЧУРИЛОВ  
К.В. КУЗЬМИН**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
СОЦИАЛЬНО-  
МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ**

Екатеринбург 2007

Министерство социальной защиты населения  
Свердловской области  
Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Уральский государственный  
педагогический университет»  
Институт специального образования

**П. В. ИВАЧЕВ**  
**Ю. С. ЧУРИЛОВ**  
**К. В. КУЗЬМИН**

# **ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОЦИАЛЬНО–МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ**

Учебное пособие

**Екатеринбург 2007**

УДК 610 (075.8)  
ББК Р11  
И 23

Печатается по заказу Министерства  
социальной защиты населения  
Свердловской области в рамках  
государственного контракта  
№ 13 от 16.04.2007

**Авторы-составители:**

Доктор медицинских наук, профессор **Ю. С. Чурилов**  
Кандидат медицинских наук, доцент **П. В. Ивачев**  
Кандидат исторических наук, доцент **К.В. Кузьмин**

**Рецензенты:**

Доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой геронтологии и гериатрии  
Уральской государственной медицинской академии

**В. С. Мякотных**

Доктор биологических наук, профессор кафедры физиологии и безопасности  
жизнедеятельности Российского государственного профессионально-  
педагогического университета

**Г. П. Селиверстова**

Ивачев, П. В. Теория и практика социально-медицинской работы [Текст]: учеб. пособие / П. В. Ивачев, Ю. С. Чурилов., К.В. Кузьмин. – Екатеринбург : Издатель Калинина Г. П., 2007. – 256 с.  
**ISBN 5-901487-33-8**

В пособии рассматриваются особенности социальной работы в учреждениях здравоохранения. Материалы основаны на анализе данного вида работы в структуре здравоохранения в Российской Федерации в целом и в Свердловской области в частности. Основное внимание уделено содержанию и методике организации социальной работы в системе здравоохранения.

Материалы предназначены для специалистов по социальной работе общей практики, работающих в системе здравоохранения, учреждениях социальной защиты населения, а также для преподавателей, слушателей курсов повышения квалификации и студентов социальных и медицинских институтов.

**ISBN 5-901487-33-8**

© Ивачев П.И., Чурилов Ю.С.,  
Кузьмин К.В. [Текст], 2007.  
© ГОУ ВПО «Уральский государственный  
педагогический университет», 2007.  
© Министерство социальной защиты  
населения Свердловской области, 2007.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.....	6
Введение в предмет социально-медицинской работы.....	7
Место социально-медицинской работы» в деятельности специалиста социальной работы.....	7
Обоснование теории и практики социально-медицинской работы.....	12
Организационно-правовые основы социально-медицинской работы.....	16
Теоретико-методологическая основа социально-медицинской работы.....	25
Эволюция представлений об общественном здоровье и зарождение социальной медицины.....	25
Здоровье и образ жизни как целевые параметры социально- медицинской работы.....	42
Исследовательские традиции в науке о здоровье и болезни.....	49
Социологическая парадигма социально-медицинской работы.....	54
Психологическая парадигма социально-медицинской работы.....	58
«Качество жизни» как интегральная характеристика реабилитационной социально-медицинской работы.....	62
Содержание профилактики и реабилитации в социально-медицинской работе.....	67
Понятие профилактики в социально-медицинской работе.....	67
Понятие реабилитации в социально-медицинской работе.....	70
Реабилитационные ресурсы личности в социально-медицинской работе.....	75
Социально-медицинские основы экспертизы трудоспособности и реабилитации .....	82
Болезни цивилизации: теоретические и практические аспекты индивидуального и профессионального здоровья.....	94
Адаптационная теория (Теория стресса Г. Селье).....	94
Характеристика профессиональных стрессов и причины их возникновения.....	101
Содержание и методика профилактики синдрома эмоционального выгорания в социально-медицинской работе...	110

Социально-медицинская работа в наркологии .....	118
Организационно-правовые основы социально-медицинской работы в наркологии.....	118
Содержание и методика первичной профилактики наркотизма.....	124
Содержание и методика вторичной профилактики наркомании.....	130
Реабилитационная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью.....	137
Социально-медицинская работа в онкологии.....	143
Социально-медицинские аспекты онкопатологии.....	143
Организация медико-социальной помощи онкологическим больным.....	148
Паллиативная помощь умирающим в хосписе.....	155
Социально-медицинская работа в планировании семьи, охране материнства и детства.....	159
Социально-медицинские аспекты искусственного прерывания беременности.....	159
Организационно-правовые основы и направления деятельности службы планирования семьи.....	165
Социально-медицинская работа в психиатрии.....	170
Трансформация представлений в теории и практике социальной реабилитации лиц, имеющих психические расстройства .....	171
Содержание и методика социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами в современных условиях .....	183
Значимость трудовой терапии в вопросе социальной реабилитации психически больных.....	209
Социально-медицинская работа с участниками боевых действий.....	222
Психосоциальная характеристика личности участников боевых действий.....	222
Симптоматика посттравматического стрессового расстройства ...	225
Организация психосоциальной адаптации и реабилитации участников боевых действий.....	228
Список нормативно-правовых документов и литературы.....	237
Список нормативно-правовых документов	237
Список рекомендуемой литературы	238

## От авторов

Целью подготовки и издания настоящего учебного пособия послужила необходимость создания учебно-методического комплекса дисциплины национально-регионального (вузовского) компонента для студентов, обучающихся специальностям 050712 «Тифлопедагогика», 050713 «Сурдопедагогика», 050717 «Специальная дошкольная педагогика и психология». В Учебных планах специальностей, разработанных в соответствии с ГОС ВПО (2005 г.), эта дисциплина включена в блок дисциплин предметной подготовки специалиста. Также данное пособие может быть полезно специалистам по социальной работе учреждений социального обслуживания населения, практическим социальным работникам, которые испытывают определенные трудности при организации и проведении социально-медицинской работы с различными категориями населения в силу отсутствия в нашей стране специальных изданий, посвященных этой проблеме.

Все учебно-методические материалы прошли проверку в ходе многолетней практики преподавания авторами клинических и медико-социальных дисциплин студентам Уральской государственной медицинской академии, Уральского государственного педагогического университета. Теоретические аспекты и практические рекомендации, изложенные в данном учебном пособии, прошли проверку и реализуются в ряде учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения Свердловской области.

Предлагаемое учебное пособие дает определенную конкретизацию и восполнение учебных сведений о социально-медицинской работе и социальных проблемах в учреждениях образования, социального обслуживания населения и здравоохранения.

Учитывая тенденцию и потребность социально-медицинской работы, рассматриваются социальные аспекты клинической медицины, принципы и содержание профилактики, реабилитации, социализации, социальной адаптации различных групп населения, особо нуждающихся в социальной защите. Рассматривается проблема инвалидности, принципы оптимизации качества жизни и среды жизнедеятельности.

В период перестройки общественно-экономических основ российского государства более четко заметна необходимость медико-социальной помощи населению, что отражено в ряде законодательных документов, являющихся правовой основой изучаемого материала.

Материал предлагаемого учебного пособия послужит источником информации и практических рекомендаций для организации и проведения социально-медицинской работы. В конце издания приводится список источников и литературы.

## **ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ**

### **Место социально-медицинской работы в деятельности специалиста по социальной работе**

В современном стремительно меняющемся мире социальная работа стала одной из важнейших гуманитарных образовательных специальностей и профессий, необходимых для устойчивого социального развития общества. Внутри профессии активно развиваются области знания, требующие специальной подготовки кадров, в частности, занятых в сфере предоставления социально-медицинской помощи населению.

В условиях усугубления социальных проблем, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных проблем социального и медицинского характера на качественно новом уровне в рамках социально-медицинской работы. Оказание специальной помощи мультидисциплинарного характера, специфика ее форм и методов позволяет рассматривать такой вид деятельности как самостоятельное направление социальной работы<sup>1</sup>.

В законодательных и других нормативных актах Российской Федерации сформулированы некоторые конкретные принципы, вытекающие из обобщения опыта социальной работы в стране. В числе них называют принципы: приоритета содействия гражданам, находящимся в ситуации, угрожающей их здоровью или жизни; профилактической направленности, содействия социальной реабилитации и адаптации.

В настоящее время система отечественного здравоохранения не в состоянии выполнить в полном объеме лечебные и социальные функции, как это предусматривалось законодательством до реформ 90-х годов прошлого столетия. Естественно возникла необходимость вопросы охраны здоровья решать на основе социальной защиты, которая может эффективно достигать главной цели – поддержание здоровья и качества жизни людей на уровне социального благополучия.

Медицина помогает людям выполнять свою социальную роль, тем самым, способствуя снижению социального напряжения. Социально-медицинскую работу определяют как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-

---

<sup>1</sup> Мартыненко, А. В. Теория медико-социальной работы [Текст] : учеб. пособие. / А. В. Мартыненко. – М. : изд-во МГСА, 2002.

педагогического и социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья населения.

Такая деятельность принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предусматривает осуществление системных социально-медицинских воздействий на разных этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, социально-медицинская работа имеет не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Профессиональная и специальная подготовка специалиста, специализирующегося в социально-медицинской работе призвана решать следующие задачи.

- Сформировать ориентировочную основу профессиональной деятельности и умение выделять стратегические проблемы социализации людей, находящихся в условиях ограничения жизнедеятельности по параметрам общественного и индивидуального здоровья.

- Сформировать знания и умения социально-медицинской деятельности в решении проблем людей с расстройствами здоровья в бытовых условиях, в медицинских, социальных, образовательных, пенитенциарных и иных учреждениях.

- Сформировать ориентировочную основу социально-правового регулирования и защиту прав граждан в сфере охраны здоровья.

- Сформировать знания и умения по организации и управлению массовой, групповой и индивидуальной деятельностью людей с нарушениями здоровья, обеспечивающие развитие и удовлетворение личностных и гражданских потребностей клиента.

- Сформировать знания и умения по организации профилактической и реабилитационной деятельности в государственных учреждениях и общественных организациях для людей с ограниченными возможностями здоровья.

- Сформировать знания и умения специалиста, направленные на решение задач по предупреждению заболеваемости и травматизма, преждевременной смертности.

К компетенции социально-медицинской работы относится профилактическая работа среди населения по предупреждению социально-значимых заболеваний и предоставление профессиональной помощи людям, функции которых в обществе временно или стабильно нарушены по причине болезни или несчастного случая.



Изучив дисциплину, специалист *должен знать*<sup>1</sup>:

- современную концепцию отечественной социально-медицинской работы;
- базовую модель социально-медицинской работы;
- организацию социально-медицинской работы;
- функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи населению;
- правовую нормативную базу социально-медицинской работы;
- зарубежный опыт социально-медицинской работы.

Специалист *должен владеть*:

- умением анализировать социально-медицинские проблемы различных групп населения;
- содержанием и методикой социально-медицинской работы с лицами, страдающими психическими, онкологическими, инфекционными заболеваниями, инвалидами, военнослужащими, лицами, заключенными под стражу, отбывающими наказание в местах лишения свободы;
- содержанием и методикой социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения, образования, здравоохранения, службе планирования семьи;
- навыками координатора в решении проблем клиента, связанных со здоровьем.

Специалисты по социальной работе в различной степени участвуют в оказании медико-социальной помощи населению. Медико-социальная помощь является частью социально-медицинской работы.

*Медико-социальная помощь* населению – профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности (см. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

Социальная работа является специальностью в системе высшего образования и имеет следующие специализации: медико-социальная работа с населением, медико-социальная помощь людям пожилого возраста и социальная работа в системе здравоохранения.

В литературе одинаково часто встречаются понятия социаль-

---

<sup>1</sup> Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. [Текст] / А. В. Мартыненко. – М. : Наука, 1999.

но-медицинская работа и медико-социальная работа в силу приверженности разных авторов к тем или иным парадигмам, или профессиональным стереотипам, что свидетельствует о неоконченной дискуссии по этому вопросу и становлении понятийного аппарата в этой области профессиональной деятельности.

Медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников. Содержание медико-социальной работы, по мнению А. В. Мартыненко, с учетом наших дополнений включает:

- осуществление государственной политики по обеспечению гарантий нуждающимся гражданам в области медико-социальной помощи;
- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья;
- формирование здорового образа жизни;
- оказание медико-социальной помощи семье и отдельным ее членам;
- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- участие в проведении медико-социальной экспертизы;
- проведение медико-социальной реабилитации больных и инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии и других областях медицины;
- обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольствия и сырья;
- медико-социальный патронаж;
- участие в разработке целевых комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения;
- участие в обеспечении и контроле гарантированного объема и качества помощи и дополнительных услуг в системе социального и медицинского страхования.

Необходимо различать области компетентности социально-медицинской работы и клинической медицины. Специалист клинической медицины имеет контакт с больным человеком (пациентом), восстанавливая нарушенные функции, устраняет боль, патологический процесс. Специалист социальной работы восстанавливает нарушенное социальное благополучие клиента, помогает устранить проблемы, возникшие с заболеванием, во время лечения и период восстановления здоровья.

Невозможно отрицать, что наибольшей потенциальной эффективностью повышения уровня общественного здоровья является индивидуальная профилактика, направленная на формирование здорового образа жизни человека, что открывает широкие возможности просветительской деятельности, ориентированной на укрепление и охрану здоровья отдельных лиц, семей, групп населения. Образ жизни категории глубоко социальная. В социально-медицинской деятельности человек является объектом и субъектом действий и воздействий. Установлено, что здоровье человека до 50% зависит от образа жизни, как совокупности отношений в обществе – экономических, политических, социальных, биологических.

Социальная работа представляет собой бурно развивающуюся сферу профессиональной деятельности новой для России, официально признанной лишь в 1991 г. специальности. В ходе проникновения ее в практику российского здравоохранения естественно встает вопрос об уточнении и разграничении области профессиональных полномочий и компетенции, занятых в ней специалистов, что представляет собой проблему теоретического осмысления. Опережающий характер практического применения профессиональной медико-социальной работы ставит серьезные задачи определения соотношения ее теоретической идентичности в системе научного знания.

Считается, что целью социально-медицинской работы является обеспечение профессиональной помощи людям, чьи возможности социального функционирования в сообществе с другими людьми нарушены или могут быть нарушены вследствие заболевания, ограничения возможностей или несчастного случая (А. В. Мартыненко, 1995). При этом главная задача состоит в том, чтобы помогать людям и их семьям справляться с социальными и эмоциональными проблемами, сопровождающими заболевание и состояние ограниченных возможностей. Таким образом, объектом социально-медицинской работы являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные социальные и медицинские проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий.

Внедрение в практику здравоохранения профессиональной социально-медицинской работы позволяет решать соматические и психические проблемы человека через рассмотрение его как целостного социального субъекта, каждая из четырех составляющих личности которого – соматическая, ментальная, эмоциональная и духовная – играет специфическую роль в преодолении заболеваний, сохранении здоровья, улучшении качества жизни.

## **Обоснование теории и практики социально-медицинской работы**

Важное медико-социальное значение приобретают заболевания, определяющие основные демографические показатели, в частности, депопуляцию. В Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года называется одна из причин депопуляции – высокая смертность населения. В 2000 году рост числа умерших отмечался в 78 субъектах Российской Федерации. При этом общая тенденция смертности населения страны характеризуется сверхсмертностью людей трудоспособного возраста и преимущественно среди мужчин (80%). Обращают внимание стабильно высокие показатели смертности от социально-значимых заболеваний инфекционной и паразитарной природы, в том числе от туберкулеза, болезней органов дыхания, системы кровообращения, отравлений, включая отравления алкоголем, травм, убийств и самоубийств.

Негативные явления в медико-демографической ситуации в значительной степени связаны с целым рядом социально-экономических факторов, влияющих на снижение качества жизни, а также с чрезмерными стрессовыми нагрузками и снижением уровня санитарно-гигиенической культуры.

Формирование здоровья населения и участие в этих процессах сектора здравоохранения отражает происходящие в стране социально-экономические изменения, процессы. Существенное влияние на эти процессы продолжают оказывать трудности экономических преобразований, значительная дифференциация денежных доходов населения, появление новых тенденций в семейных отношениях.

Показатели здоровья населения проявляют себя как важнейшие индикаторы уровня социально-экономического развития страны. Наиболее острыми проблемами здоровья населения остаются низкий уровень рождаемости, высокий уровень смертности, сохраняющийся отрицательный естественный прирост населения.

По прогностическим оценкам Государственного комитета Российской Федерации по статистике, демографическое развитие страны в последующие годы по-прежнему будет определяться негативными характеристиками в естественном движении населения. Общий уровень рождаемости будет оставаться весьма низким, а общий коэффициент смертности вследствие процесса старения населения практически не изменится. Учитывая сложившуюся негативную тенденцию, прогноз демографического развития показывает, что население России уменьшится со 143 млн. в 2005 году до 113 млн. человек к 2050 году.

Одно из первых мест, в структуре заболеваемости и смертности населения занимают болезни сердечно-сосудистой системы. При благоприятном исходе для жизни человека в течение большинства заболеваний сердечно-сосудистой системы они нередко являются причиной первичной инвалидности (стойкой утраты трудоспособности), причем главным образом людей трудоспособного возраста. Немалое беспокойство вызывает рост заболеваемости сердечно-сосудистой патологией подрастающего поколения.

Сердечно-сосудистая патология в зависимости от происхождения, механизма развития особенностям течения и другим параметрам представляют многочисленную группу болезней. Наиболее распространена среди них ишемическая болезнь сердца (ИБС), печально известная острой формой течения – инфаркт миокарда, который примерно в 40 % случаев имеет неблагоприятный прогноз для жизни и здоровья и является причиной инвалидности. Доля болезней системы кровообращения в общей структуре смертности в мире составила в начале третьего тысячелетия 55,8%. Основными причинами смерти от болезней системы кровообращения является ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярная болезнь.

Социально-значимой патологией регистрируется тенденция увеличения больных злокачественными заболеваниями. В экономически развитых странах злокачественные новообразования занимают второе место среди причин смерти. С каждым годом число больных раком различных органов возрастает. Больных со злокачественными новообразованиями на учете в онкологических учреждениях Российской Федерации состоит под наблюдением 1,5% населения страны. Профилактика, лечение, реабилитация составляют сложную социально-медицинскую проблему. Отмечается омоложение рака, т. е. выявление опухолей у детей, а не только в пожилом возрасте. Среди причин смерти злокачественные новообразования устойчиво занимают второе место после патологии сердечно-сосудистой системы.

Онкологические заболевания сопровождаются, как правило, существенным изменением образа жизни, нарушением привычных социальных связей, сужением возможностей, тяжелыми психическими потрясениями. Проблемы медико-социальной реабилитации больных содержат широкий круг вопросов, решение которых требует участия различных специалистов. Существенная роль в этой ситуации отводится и специалисту по социальной работе. В круг деятельности его входит патронаж семьи больного, экспертиза социальных проблем больного и его семьи, оказание правовой, психотерапевтической помощи и др.

Медико-социальная помощь онкологическим больным требует дальнейшего совершенствования. В частности, имеется необходимость организации работы специальных медико-социальных учреждений – хосписов. Необходимо изучать международный опыт и распространять его в деятельности медицинских и социальных работников в нашей стране.

Онкологическая служба страны имеет определенные положительные результаты, однако наиболее серьезной проблемой остается ранняя диагностика злокачественных новообразований.

Медико-социальную актуальность и значение составляют ряд инфекционных заболеваний.

По данным ВОЗ туберкулез представляет в мире серьезную проблему, учитывая, что 1,6-1,7 млрд. инфицированных, 20 млн. активно больных, 3 млн. ежегодно умирают. Наиболее неблагоприятная ситуация в Уральском и Восточно-Сибирском регионах. Ситуацию усугубляет высокая заболеваемость туберкулезом детей и подростков.

Не случайно вышло Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 апреля 2003 г. № 62 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1. 1295-03 «Профилактика туберкулеза». Правила содержат разделы: область применения; выявление больных туберкулезом; организация раннего выявления туберкулеза у взрослого населения; организация раннего выявления туберкулеза у подростков; регистрация, учет и государственное статистическое наблюдение случаев туберкулеза; мероприятия в очагах туберкулеза; организация и проведение плановой иммунизации населения против туберкулеза; учет профилактических прививок.

К социально-значимым заболеваниям относится группа инфекционных болезней, объединенных признаком передачи возбудителя преимущественно половым путем. Чаще их называют венерические болезни – по имени мифической богини любви. Социальная значимость венерических болезней определяется зависимостью от многих социальных факторов, распространенностью, тяжестью осложнений для здоровья и репродуктивной функции.

Основная причина распространения венерических болезней – внебрачные, беспорядочные половые связи, что обусловлено как социальными условиями, так и причинами нравственного порядка. Созданная за годы Советского Союза система профилактики и лечения венерических болезней была нарушена в начале 90-х годов, что привело к резкому повышению распространенности заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП).

Показатели заболеваемости венерическими болезнями несут медицинский, социальный, морально-этический, образовательный компоненты. Венерические болезни: сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз – прежде всего, заразные болезни, имеют специфического возбудителя. Каждое заболевание имеет стадийность течения и специфические признаки, что позволяет при своевременном обращении в лечебное учреждение успешно лечить их. Но в случаях запущенности, самолечения возникают тяжелые осложнения, нарушающие индивидуальное здоровье и затрагивается общественное здоровье. Больной человек является источником заражения и распространения инфекции среди окружающих людей, т. е. вскрывается социальный компонент. Осложнения зачастую приводят к бесплодию, к внутриутробному заражению, к нарушению вынашивания и развития ребенка.

Показатели заболеваемости венерическими болезнями отражают культурный уровень развития общества, состояние общественно-экономической ситуации и государственно-политической системы. Обращает внимание распространенность венерических заболеваний в сословиях как с тяжелыми социально-экономическими условиями, так и в сословиях пресыщенной жизни наиболее обеспеченных кругов общества.

Физиологически протекающих родов становится не более 30-35%. Проявления такого неблагополучия наблюдаются с подросткового возраста девушек, роста сверхранних и внебрачных рождений.

Особую медико-социальную проблему вызывает распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вызывающего состояние приобретенного иммунодефицита (СПИД). В 2003 году население 88 субъектов РФ заражено ВИЧ инфекцией, в 34 регионах России число инфицированных превышает 1 тысячу человек. В Москве число ВИЧ-инфицированных составляет 15 тысяч человек, в Санкт-Петербурге – 20,8 тысяч человек. Наиболее пораженными ВИЧ-инфекцией являются Московская (22 тыс. человек), Свердловская (20,7 тыс. человек), Самарская (18,2 тыс. человек), Иркутская (15 тыс. человек), Тюменская (7 тыс. человек), Кемеровская (7 тыс. человек) области и республика Татарстан (5,5 тыс. человек). Показатель распространенности ВИЧ-инфекции по России вырос со 121 человека на 100 тысяч населения в 2001 году до 157 человек на 100 тысяч населения на начало 2003 года. По состоянию на 24 ноября 2003 года в России зарегистрировано 257120 ВИЧ-инфицированных, в том числе 7591 ребенок.

Среди ВИЧ-инфицированных 75 процентов составляет группа риска – потребители внутривенных наркотиков, 70-80 процентов из

них – молодые люди в возрасте 15-29 лет. В целом доля молодых людей в возрасте 20-30 лет, в общей структуре ВИЧ инфицированных составляет по России 62 процента.

Среди психических расстройств большого внимания требуют пограничные нервно-психические заболевания, умственная отсталость, проявления длительного стресса, высокая распространенность алкоголизма. Осложняется проблема наркомании и токсикомании, особенно в подростковом возрасте.

В 2002 г. на территории Российской Федерации произошло 9835 чрезвычайных ситуаций, связанных с потерями или угрозой потери населения. Отмечался рост числа пострадавших, как в природных, так и в социальных чрезвычайных ситуациях при сокращении пострадавших во всех других видах чрезвычайных ситуаций. В стране продолжается развитие сети центров медицины катастроф.

Травмы и заболевания костно-мышечной системы, наряду с другими факторами, продолжают оказывать неблагоприятное влияние на показатели здоровья и демографическую ситуацию в целом. В течение 2001 г. учреждениями Минздрава России зарегистрировано 97,7 млн. травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

Актуальную, трудно решаемую медико-социальную проблему представляет травматизм: производственный, бытовой, транспортный, в результате природных и стихийных бедствий. Не случайно показатели травматизма рассматриваются одним из индикаторов уровня общественного здоровья. По данным ВОЗ число людей, пострадавших на дорогах составляет ежегодно более 10 млн. человек, из них 250 тысяч со смертельным исходом. В г. Екатеринбурге в 2004 г. детский травматизм составил 62% в структуре детской смертности.

По состоянию на 2005 г. в стране насчитывается 12,5 млн. инвалидов различных групп. По прогнозу Министерства труда и социального развития Российской Федерации количество инвалидов в стране в ближайшие годы будет расти и превысит 15 млн. человек.

### **Организационно-правовые основы социально-медицинской работы**

В условиях политических, экономических и социальных трансформаций последнего десятилетия на фоне ухудшения показателей здоровья усугубились медико-социальные проблемы. Все это обуславливает объективную потребность в развитии новых эффективных технологий решения взаимосвязанных проблем медицинского и



социального характера на качественно новом, комплексно-интегративном уровне. Среди таких технологий существенную роль выполняют технологии социальной работы в учреждениях здравоохранения в рамках профессиональной медико-социальной работы<sup>1</sup>.

Основным правовым актом, обеспечивающим развитие социальной работы в сфере здравоохранения, являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В статье 20 этого документа зафиксирована следующая правовая норма: «*Медико-социальная помощь* оказывается медицинскими, *социальными работниками* и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения».

Гарантиями осуществления медико-социальной помощи являются: оказание гражданам первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи; оказание помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами (см. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

Наиболее активно в нашей стране социально-медицинская работа развивается в области психиатрии, наркологии, онкологии, планирования семьи.

Специалист социальной работы, участвующий в оказании медико-социальной помощи населению в учреждениях здравоохранения, фактически осуществляет *медико-социальную работу – профессиональную мультидисциплинарную деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья*. Она принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу.

*Целью* социально-медицинской работы, является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и

---

<sup>1</sup> Мартыненко, А. В. Теория медико-социальной работы [Текст] : учеб. пособие. / А. В. Мартыненко. – М. : изд-во МГСА, 2002.

адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

*Объектом* социально-медицинской работы являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

К таким *контингентам* относятся длительно, часто и тяжело болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др. Численность таких контингентов устойчиво возрастает на протяжении последних лет.

Социально-медицинская работа имеет много общего по своей сути с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками.

При составлении функций специалиста социальной работы в конкретном учреждении и построении технологий его работы с клиентами целесообразно использовать классификацию (А. В. Мартыненко, 2002), согласно которой перечень функций, выполняемых в рамках медико-социальной работы, объединен в три группы: *медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные функции.*

В рамках *медико-ориентированных функций* рассматриваются:

- организация медико-социальной помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи;

- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др.

*В социально-ориентированные функции* включаются:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
- обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- психотерапия, психическая саморегуляция;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

*Интегративные функции* составляют:

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие выполнению профилактических мероприятий социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- планирование семьи;
- участие в проведении медико-социальной экспертизы;
- участие в осуществлении медицинской, социальной и

профессиональной реабилитации инвалидов;

- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;

- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;

- социально-парвовое консультирование;

- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;

- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;

- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Необходимо отметить координирующую роль специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи в решении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и др.

Существенной составной частью медико-социальной работы (примерно 70-80 % всего объема работ) является медико-социальный патронаж.

Патронаж (от фр. *patronage* – покровительство) – вид медико-социальной работы профилактической направленности, которая проводится на дому. Медико-социальный патронаж – вид деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, осуществляемый с целью удовлетворения потребности в медико-социальной помощи отдельных лиц, семей, групп населения.

Задачами медико-социального патронажа являются: оценка условий жизни объектов медико-социального патронажа; выявление медико-социальных проблем клиента; установление связи объекта медико-социального патронажа с медицинскими учреждениями, учреждениями социальной защиты, отделением Российского общества Красного Креста, благотворительными организациями, фондами; контроль за выполнением программ реабилитации; повышение уровня санитарно-гигиенических и правовых знаний объектов медико-социального патронажа; динамическое наблюдение за состоянием здоровья объекта медико-социального патронажа; первичная и вто-

ричная профилактика; формирование установки объекта медико-социального патронажа на здоровый образ жизни.

Цель медико-социального патронажа – социальная защита населения при решении проблем медико-социального характера, доступность медико-социальной помощи для населения, осуществление непрерывности наблюдения за здоровьем соответствующего контингента лиц, помощь в осуществлении медико-социальной адаптации.

Медико-социальный патронаж выполняют следующие подразделения: амбулаторно-поликлинические учреждения (участковые, детские поликлиники, женские консультации, поликлинические отделения диспансеров); отделы социальной защиты населения; отделения РОКК; отделения Российского детского фонда; отделения Российского фонда милосердия и здоровья; отделения Всероссийского общества инвалидов; региональные отделения Пенсионного фонда РФ.

Непосредственными исполнителями медико-социального патронажа являются: специалисты по социальной работе, участковые терапевты, участковые медицинские сестры, работники РОКК, сотрудники различных обществ и фондов.

Медико-социальный патронаж составляет существенную часть работы учреждений в отечественной системе здравоохранения и социальной защиты населения.

Медико-социальный патронаж предусматривает выполнение следующих этапов:

- 1) обследование;
- 2) выявление медико-социальных проблем;
- 3) планирование путей решения данных проблем;
- 4) реализация намеченных целей;
- 5) анализ проделанной работы, оценка ее результатов и, в случае необходимости, коррекция этой работы.

Социально-медицинскую работу целесообразно подразделять на три этапа: профилактический, клинический и реабилитационный.

*Профилактический этап* должен быть нацелен на предупреждение нарушения здоровья, в том числе через предупреждение социально обусловленных факторов, имеющих разрушительные последствия для жизнедеятельности человека, который включает:

- выявление категорий населения, для которых в силу возрастных, профессиональных, культурных и иных факторов характерен риск снижения или потери здоровья;
- выявление социальных факторов и проблемных ситуаций, которые содержат в себе угрозу здоровью населения;

- информирование соответствующих служб о наличии групп риска, о сложившихся проблемных ситуациях, потенциально опасных для общественного здоровья или здоровья конкретных категорий людей;

- разработку и проведение информационно-просветительских программ, нацеленных на формирование здорового образа жизни, повышения у населения знаний, умений, навыков, необходимых для поддержания здоровья;

- проведение массовых мероприятий, способствующих профилактике и раннему выявлению заболеваний.

*Клинический этап* социально-медицинской работы, нацеленный на диагностику и лечение заболеваний, осуществляется в медицинских учреждениях, в условиях амбулаторных и стационарных форм медицинского обслуживания. Существует известное противоречие во взаимодействии медицинского персонала и специалистов профессионального мировоззрения. Для медицинских работников главное – сохранение жизни пациента, тогда как для социального работника главным выступает *качество жизни* пациента, целостность его существования как человека и как личности, провозглашение взгляда на пациента как в равной мере психологическое, социальное, биологическое существо. Медицинский персонал часто недооценивает значения экзистенциальных переживаний пациента.

К мерам социальной терапии в клинический период в отношении пациента следует относить:

- доврачебный прием, в целях получения клиентом необходимой информации о существующих учреждениях, оказывающих необходимую медицинскую помощь или информации о предстоящем ходе медицинских мероприятий, плане предстоящего лечения;

- защита прав на получение необходимых и качественных услуг;

- решение вопросов, связанных с оплатой медицинских услуг;

- оказание психологической поддержки клиенту и его родственникам в критические моменты, особенно в случае неблагоприятного прогноза исхода заболевания, инвалидизации или угрозы гибели;

- вовлечение семьи в процесс помощи клиенту;

- предупреждение и разбор конфликтных ситуаций, возникающий между пациентом и его окружением (медперсонал, другие пациенты, родственники);

- привлечение внешних источников помощи (организаций и частных лиц) к проблемам пациентов, если он одинок или нуждается в материальной поддержке;
- в случае длительного пребывания в стационаре – профилактика госпитализма;
- обучение пациента необходимым навыкам, облегчающим самообслуживание;
- планирование социального сопровождения пациента после выписки из стационара;
- участие в принятии «этических решений»;
- проведение диагностики удовлетворенности пациентов качеством обслуживания и др.

В ходе *реабилитационного этапа* решаются следующие меры социального сопровождения:

- разработка программ индивидуальной реабилитации;
- защита прав клиента и его семьи на получение необходимых услуг и материальной помощи, связанной с инвалидностью, временной нетрудоспособностью;
- разработка рекомендаций для учреждений, участвующих в реабилитации данного человека (например, школы в которой ребенок будет лечиться после длительного перерыва, вызванного болезнью или травмой);
- поддержание связи между учреждениями медико-социальной помощи и клиентом, если его реабилитация осуществляется на дому;
- вовлечение семьи в процесс реабилитации;
- координация деятельности различных учреждений между всеми участниками социального сопровождения клиента;
- установление связей между клиентами, имеющими сходные проблемы – образование групп самопомощи, формирование терапевтических сообществ;
- организация и проведение обучающих программ для специалистов;
- формирование общественного мнения относительно медико-социальных проблем, направленного на преодоление дискриминации клиентов.

Внедрение в практику отечественного здравоохранения и социальной защиты населения социально-медицинской работы позволит решать соматические проблемы человека через рассмотрение его как целостного социального субъекта, каждая из четырех составляющих личности которого – соматическая, ментальная, эмоциональная и ду-

ховная – играет специфическую роль в преодолении заболеваний, сохранении здоровья, улучшении качества жизни.



## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

### Эволюция представлений об общественном здоровье и зарождение социально-медицинской работы

#### *Представления об общественном здоровье в древности*

Археологические находки свидетельствуют о том, что в государствах Древнего мира (Египте, Месопотамии, Вавилоне, Индии, Китае) школы для лекарей использовались не только для оказания чисто медицинской помощи, но и для оказания помощи бедным, для санитарного надзора за состоянием рынков, колодцев, водопровода и т.д. Предпринимались попытки государства регламентировать деятельность медиков: гигиенические предписания содержались в законодательных актах, религиозных книгах (особенно их много в Талмуде и Коране).

При оценке медицинской помощи учитывалось материальное положение пациентов: за одну и ту же медицинскую помощь богатый пациент платил в несколько раз больше, чем бедный. И, наоборот, в случае неудачного лечения богатого пациента наказание врача было более строгим – при неудачном лечении раба с врача взымали денежный штраф, а в случае неудачного лечения богатого отсекали руку.

В древнегреческих городах-государствах деятельность врачей строго регламентировалась. В Спарте специальные чиновники должны были отбирать здоровых младенцев, а больных убивать. Эти чиновники также строго следили за соблюдением гигиенических правил, установленных в Спарте, в процессе подготовки воинов. Древние греки внесли свой вклад в понимание здорового образа жизни и его значение для здоровья.

Одной из серьезных социальных проблем античной древности стала *проституция*, существовавшая на вполне «законных» основаниях: храмы, где содержались «девушки, радушно принимающие путников», находились в основном на побережье, на островах и в городах, куда приезжало много чужеземцев. Между тем куртизанки были клеймены позором, не обладая никакими социальными правами. Как бы то ни было, легальная проституция, исходившая из законов гостеприимства и подкрепленная религиозными традициями, вела к распространению венерических заболеваний.

В Древней Греции лечебницы при храмах назывались асклепедонами в честь бога врачевания Асклепия. Имена детей Асклепия – Гигея, Панацея – стали нарицательными (гигиена – означа-

ет здоровый, панацея – несуществующее лекарство от всех болезней).

Сложную проблему для древних государств представляли собой эпидемии и войны. Борьба с инфекционными заболеваниями способствовала развитию представлений о связи между условиями жизни и здоровьем.

Законами Древнего Рима предусматривались меры санитарного характера: запрещение пользования водой из загрязненного источника, контроль за пищевыми продуктами на рынках, соблюдение правил захоронения, выполнение требований по устройству общественных бань и т. д. Города обязывали нанимать и содержать так называемых «народных врачей», в обязанности которых входила охрана здоровья населения.

Четко организованная медицинская служба была и в римской армии, причем врачи когорт, легионов, военных госпиталей не только занимались лечением раненых и больных, но и следили за санитарным состоянием армии, т. е. выполняли обязанности по охране здоровья воинов. Римские водопроводы и бани до сих пор свидетельствуют о высокой гигиенической культуре античности.

Уже в античный период сложилась концепция, трактующая возникновение и развитие болезней, что ярко воплотилось как в языческих, так и в христианских представлениях о методах и приемах их предотвращения и лечения. Об этом свидетельствуют те рассказы о чудесах, сотворенных Иисусом Христом, которые стали неотъемлемой частью «Нового Завета» Библии, и большая часть которых была посвящена исцелению больных. На болезнь смотрели как на наказание за грех или как на действие злого духа, а не как на следствие физических причин. В такой ситуации лучшим врачом оказывался святой человек, которому дана власть в области сверхъестественного; исцеление же считалось нравственным актом.

Медицинская служба в Древней Руси всецело, за редчайшими исключениями, оказалась в ведении местных знахарей и колдуний. Манипуляции колдунов и знахарок заключались в заговоре болезней на определенные предметы: болезнь заговаривали на уголек, на воду, на соль и т.п., то есть старались заговором перевести ее из больного в один из этих предметов, но потом заговоренный предмет уже нельзя было есть под угрозой опять «проглотить» болезнь.

Христианство на Руси внесло новые элементы в язычество и элементы новой веры стали применяться в борьбе с бесами болезней. В заговорах присутствуют обращения к деве Марии, архангелам и анге-

лам, а также к определенным святым, которые своею силою должны спасти человека от болезни.

*Эпидемии в средние века  
и отношение общества к больным людям*

Вплоть до XIII в. каждые 3-5 лет неурожай регулярно вызывал голод. Те, кто не умирал от голода, подвергались другим опасностям. Потребление недоброкачественных продуктов (травы, испорченной муки, вообще негодной пищи, иногда даже земли, а также человеческого мяса) влекло за собою болезни, часто смертельные.

Средневековый мир – это мир на грани вечного голода, недоедающий и употребляющий скверную пищу. Отсюда брала начало череда *эпидемий*, вызываемых употреблением в пищу непригодных продуктов. Способствовало беспрепятственному распространению эпидемий состояние городов, без канав и мостовых, где дома были не более чем протекающими трущобами, а улицы – клоаками. В Париже горожане хоронили покойников на кладбище, которое не было огорожено, прохожие пересекали его во всех направлениях, и на нем же устраивались базары.

Плохое питание и жалкое состояние медицины, частые эпидемии порождали страшные физические страдания и высокую смертность населения. Средняя продолжительность жизни была очень низкой и не превышала 30-ти лет. Отсюда несчастным становится и резкое снижение брачного возраста – до 12-14 лет.

Физические дефекты встречались также и в среде знати, особенно в раннее средневековье. Младенческая и детская смертность не щадила даже королевские семьи. Детство оказывалось всего лишь переходным периодом, память о котором не стоило фиксировать. Это отношение к детству оказывалось преобладающим, и люди старались родить больше детей, дабы сохранить из них хотя бы нескольких.

Но все же плохое здоровье и ранняя смерть была уделом, прежде всего, бедных классов. Среди наиболее распространенных болезней выделялись: туберкулез, гангрена, чесотка, опухоли, экзема, рожистое воспаление. Золотуха, часто туберкулезного происхождения, была настолько характерна для средневекового общества, что народная традиция наделяла французских королей даром ее исцеления. Не менее многочисленными являлись болезни, вызванные авитаминозом, а также уродства и нервные болезни.

В отношении к умалишенным средневековье колебалось между отвращением, которое старались подавить посредством некоей обрядовой терапии («изгнание бесов из одержимых»), и сочувственной тер-

пимостью, которая вырывалась на свободу в мире придворных (шуты сеньоров и королей), в играх и театрах.

Наконец, не менее значительную группу занимали «детские» болезни, которые старались облегчить с помощью множества святых покровителей. Но все же наибольшую опасность представляли массовые эпидемические заболевания. Прежде всего, это эпидемии «горячки», которую, как ныне считается, вызывало употребление в пищу спорыньи – эта болезнь появилась в Европе в конце X века. Именно горячечная болезнь лежала в основе появления особого культа, который привел к основанию нового монашеского ордена и к появлению, тем самым, нового типа орденов – *госпитальеров*.

Снедаемых жаром больных пользовали всегда одними и теми же средствами: процессиями, публичными молениями, проповедями в церквях, молитвами, обращенными к святым целителям и т. п.

Конечно же, первые монастырские больницы отличались крайне низким уровнем лечения и ухода за больными людьми: медицинская подготовка монахов была крайне недостаточной, а лечение «постом и молитвой» редко достигало своей цели. Кроме того, в периоды эпидемий больницы, строившиеся без учета элементарных санитарно-гигиенических условий, при скученности больных превращались в рассадники заразных болезней. Не случайно больницы называли «домами страданий», местом «юдоли» и «смерти».

На рубеже XI–XII вв. эпидемия горячки постепенно сошла на нет, что было связано с достижениями аграрной революции, в частности – с увеличением периода продовольственного предвидения и снижением опасности употребления в пищу суррогатов и ядовитых трав и корней. Кроме того, период 1150–1300 гг. стал временем потепления климата, что благоприятствовало развитию сельского хозяйства.

Однако на смену горячечной болезни пришла не менее страшная эпидемия другой болезни – *проказы* (или – лепры), причиной появления которой в Европе считается начавшееся в результате крестовых походов общение с очагами инфекции на Востоке. Проказа обрекала человека на медленную, мучительную смерть посредством постепенного отмирания органов, обреченный человек умирал в течение нескольких лет.

Следствием распространения проказы стало появление специальных изоляторов для больных – *лепрозориев*, организованных специально учрежденным католической церковью для призрения прокаженных орденом св. Лазаря (отсюда – лазареты). В целом, в Западной Европе в XIII в. насчитывалось не менее 19 тыс. лепозориев для больных проказой. Лепрозории должны были находиться на расстоянии

«полета камня» от города (каменя, выпущенного из метательной машины) с тем, чтобы могло осуществляться «братское милосердие» по отношению к прокаженным. Страх перед прокаженным проявился и в его фактическом изгнании из мира людей. Таким образом, по отношению к этим отверженным общество испытывало те же чувства, что к Христу – влечение и страх.

Отношение к увечным, прокаженным, вообще к пострадавшим от всяческих болезней людям оказывалось крайне неоднозначным, двойственным, включавшим самые разнообразные чувства – от ужаса до восхищения. Христианский мир раннего и классического средневековья не был милосерден и человеколюбив.

В число отверженных входили и убогие, калеки. Уродство являлось внешним знаком греховности, а те, кто был поражен физическими недугами, был проклят Богом, а, следовательно, и людьми. Церковь могла временно принимать их в своих госпиталиях и кормить в дни праздников, а в остальное время убогим оставалось только нищенствовать и бродяжничать. Неслучайно слова «бедный», «больной», «бродячий» были синонимами. Сами госпитали чаще всего размещались у мостов, на перевалах – то есть, в местах, где обязательно проходили эти скитальцы.

В середине XIV в. в Европу пришла еще более страшная эпидемическая болезнь, поставившая западный мир на грань жизни и смерти, – *чума*. В 1348 г. обрушилась великая эпидемия «черной смерти», которую средневековье не умело ни предупреждать, ни лечить. Эпидемия 1348 г., по разным оценкам, унесла жизни от четверти до трети населения (около 50 млн. чел.): Европа обезлюдела, прекратились войны, так как некому было воевать. В крупных европейских городах (Вена, Прага, Лондон, Париж, Марсель, Амстердам и др.) вымерло тогда от половины до 9/10 населения.

Эпидемии чумы, периодически повторявшиеся на протяжении полутора веков (вплоть до начала XVI в.) стимулировали галлюцинирующие процессии. Даже на уровне полуголодной жизни люди были предрасположены ко всем блужданиям разума: галлюцинациям, видениям. Им могли явиться дьявол, ангелы, святые и сам Бог. В литературе и живописи прочно закрепился сюжет «пира во время чумы» – общества накануне великих и жестоких потрясений. Роль монастырей в этот период трудно переоценить: помимо раздач милостыни последние организовывали постоянную помощь нуждающимся через устройство монастырских госпиталей.

В то же время, эпидемии чумы положили начало становлению санитарного законодательства и городской санитарии. В 1348 г. в Ве-

неции был организован санитарный совет, в ряде итальянских портов появились особые надзиратели – «попечители здоровья». В 1374 г. власти Милана создали за пределами города «чумной дом» для изоляции больных и подозрительных. В Модене, Венеции, Генуе, Рагузе, Марселе путешественники и купцы подвергались изоляции и наблюдению в течение 40 дней (карантины) «на воздухе и под солнечным светом». В начале XV в. в ряде крупных европейских городов (Париж, Лондон, Нюрнберг и др.) были учреждены должности «городских физиков» (врачей), выполнявших противоэпидемические функции, были выработаны правила («регламенты»), имевшие целью предотвратить занос и распространение заразных болезней. В связи с задачей предупреждения эпидемий проводились некоторые санитарные мероприятия – удаление падали и нечистот, обеспечение городов доброкачественной водой.

Таким образом, средневековый мир был далек от тех чувств милосердия и сострадания к ближнему, какие проповедовались христианской церковью. Идеализация нищенства вовсе не предполагала человеколюбия, а отношение к неизлечимо больным людям граничило с чувствами страха и отвращения. Сам же западный мир находился на грани жизни и смерти, а прогресс европейской цивилизации во многом диктовался необходимостью выживания.

#### *Развитие представлений о болезнях в XVI–XVII вв.*

Как уже отмечалось выше, на период классического Средневековья пришелся размах эпидемии проказы, поразившей в XII–XIV вв. не менее 300–400 тыс. чел. Однако, начиная с XV в., лепрозории приходят в запустение.

Странное исчезновение лепры явилось, конечно же, не каким-то успехом тогдашней медицины; это произошло по двум основным причинам: во-первых, благодаря изоляции больных, а во-вторых – вследствие прекращения контактов с восточными очагами инфекции после окончания крестовых походов. Проказа отступила, с ее уходом отпала надобность в тех местах изоляции. Однако сохранилось, то, что пережило саму проказу – это система значений и образов, связанных с персоной прокаженного; это смысл его исключения из социальной группы и та роль, которую играет в восприятии этой группы его пугающая фигура, отторгнутая от всех.

Лепра исчезает, а фигура прокаженного почти изгладится в памяти людей, но – все эти структуры останутся неизменными, а роль прокаженного возьмут на себя бедняки, бродяги, неимущие больные, венерики, уголовные преступники и «повредившиеся в уме».

Вначале проказа передала эстафету *венерическим болезням*,

вспышка которых стала одним из негативных следствий эпохи Великих Географических Открытий. Эпидемия сифилиса, завезенного моряками Христофора Колумба в 1494 г., началась в Неаполе и быстро распространилась по Европе, вызывая ужас. Венериков принимали во многие больницы для прокаженных.

Тем самым, взамен прежней проказы рождается новая, причем самими прокаженными она воспринималась с чувством нескрываемого ужаса. Постепенно лечение венерических заболеваний стало чисто медицинской проблемой. Как и больных лепрой, венериков изолируют от общества, но, одновременно, пытаются лечить. Наибольшее распространение получило лечение при помощи ртути, рекомендованное итальянским врачом Джованни де Виги, применялось в Европе около 400 лет. В конце XVII – начале XVIII вв. во Франции сложилась целая система «излечения» от сифилиса, состоявшая из трех основных этапов.

Первым этапом лечения стала публичная порка на городской площади. В то же время, названные меры применялись лишь в отношении «тех мужчин или женщин, каковые приобретут сию болезнь через беспорядочный образ жизни либо разврат, но не тех, кто заразится ею в браке или иным образом, как, например, жена через мужа либо кормилица через ребенка».

По окончании порки больному выдавалось свидетельство и направление в госпиталь, однако если болезнь была запущена, то человека и не пытались лечить. Остальных пользовали «великими лекарствами» – начинался второй этап излечения: первым делом шло кровопускание, за ним – немедленное промывание желудка; затем две недели отводилось на ванны; затем вновь промывание желудка и завершала этап исповедь. Заключительный, третий, этап продолжался в течение месяца и состоял в ртутных притираниях, в конце которого болезнетворные духи «изгонялись» с помощью двух клистиров и одного кровопускания. Еще две недели отводились на выздоровление. После всех названных процедур пациент объявлялся исцеленным, и его выписывали из госпиталя.

Опасность распространения венерических заболеваний привела в XVI в. к ужесточению мер по борьбе с уличной проституцией через организацию публичных домов (борделей). Последние располагались, как правило, вблизи или по ту сторону городских ворот (за пределами городской черты), реже вблизи рынка или больших проезжих дорог. Внутренняя жизнь борделей строго регламентировалась уставами и городскими властями.

Уже к началу XVII в. проблема венерических заболеваний ото-

шла на второй план, как благодаря изоляции больных, так и вследствие применявшихся методов их лечения и предупреждения.

Главной проблемой вскоре становится еще более сложный феномен – *безумие*. Отношение к умалишенным в период средневековья было неоднозначным. С одной стороны, безумных изгоняли из городов. Сюжет «Корабля дураков» прочно вошел в западноевропейскую литературу и искусство. Города при первом же случае изгоняли умалишенных за пределы своих стен; и они так и скитались по отдаленным деревням, если только их не поручали заботам паломников или сердобольных купцов. При этом сама процедура изгнания безумца из города представляла из себя некое театрализованное действие «избавления от грехов»: вначале жертву подвергали публичной порке и клеймили, затем устраивалась своеобразная «игра в погоню» и, наконец, ударами розог безумец выдворялся за пределы городских ворот.

С другой стороны, уже в XIII в. предпринимались первые попытки выделить различные категории сумасшедших: «неистовые», или «буйные», нуждавшиеся в уходе, а вернее, в заточении в специальных госпиталях (первым из которых стал лондонский «Вифлеем», или «Бедлам», в середине XIII в.); так называемые «меланхолики», чьи недуги также имели физическое происхождение, нуждавшиеся скорее в священнике, нежели во враче; «одержимые», которых от недуга мог освободить лишь «экзорцист» (специалист по изгнанию дьявола). В начале XIV в. в английском праве утвердился принцип, что «слабоумный или безумный не отвечает за преступление».

Прошло столетие и в середине XVII в. в литературе возникла уже другая тема – «Госпитали для умалишенных» как «госпитали для неизлечимых умалишенных». На место погружения, на «корабль» приходит помещение под замок, в заточение. Отношение к безумцам меняется и в литературе, и на практике. Наступила новая эра – эра рационализма, когда все общество мыслилось как громадный часовой механизм, где каждый человек должен был выполнять строго определенную функцию. От безупречного же функционирования каждого «винтика» огромной машины напрямую зависела его безупречная и безостановочная работа.

В то же время, еще в Средние века возникает и такая сфера призора, как попечительство об умалишенных. В середине XIII в. в Лондоне появился Вифлеемский госпиталь, а к 1676 г. в нем содержалось от 120 до 150 больных. Все больные проходили довольно своеобразный курс «лечения». Для «излечения» безумных использовались все те же известные «великие лекарства»: кровопускание, промывание желудка и рвотные средства.



Так описывают содержание безумца, считавшегося буйным: «Он был прикован к длинной цепи, продернутой через отверстие в стене и тем самым позволяющей надзирателю управлять им и, так сказать, держать его извне на привязи; на шею ему надели железный ошейник, соединенный короткой цепью с другим кольцом, которое, в свою очередь, скользило вдоль толстого железного прута, закрепленного вертикально, на полу и на потолке камеры».

В то же время, следует заметить, что практика содержания безумных исходила не из желания наказать или излечить умалишенного. Налицо явное осознание того факта, что тех, кого приковывают цепями к стенам камер, уже не люди, а звери, которыми овладело присущее им от природы бешенство. То есть безумие отождествлялось уже с буйством животного. Иными словами, безумный человек не является больным, так как животное начало безумца оберегает его от той хрупкости и болезненности, какая свойственна обычному человеку. Вплоть до конца XVIII в. было в ходу убеждение, что безумцы могут переносить тяготы жизни сколь угодно долго, о них нет надобности заботиться и их не нужно укрывать от холода или обогревать.

#### *Реформа медицины второй половины XVIII*

##### *– первой половины XIX вв. и появление социальной медицины*

Отправной точкой на рубеже XVIII–XIX вв. становится разграничение между «бедняками здоровыми» и «бедняками больными». Бедняк, способный трудиться, есть позитивный социальный элемент, который можно было обратить во благо государства. Напротив, больной – это «мертвый» груз, «негативный» элемент общества, вошедший в него только на правах чистого потребителя.

Отсюда и вывод – «нищета – это бремя, имеющее цену; нищего можно приставить к машине, и он включит ее; болезнь же есть ни к чему непригодная ноша; ее можно лишь взвалить на плечи или сбросить; она всегда служит помехой и никогда – помощницей». Таким образом, здоровые нищие обязаны трудиться, но не по принуждению, а совершенно свободно, подчиняясь лишь давлению экономических законов и необходимости выжить и не умереть с голоду.

«Подать здоровому бедняку наиболее подобающую ему помощь, значит способствовать тому, чтобы он оказал ее себе сам, своими собственными силами и своим собственным трудом; милостыня, поданная здоровому и крепкому человеку, вовсе не акт милосердия, или же это акт милосердия неверно истолкованного, – оно возлагает на общество лишнее бремя».

Таким образом, физически и умственно бедняк вновь включается в общество: его не следует изолировать, он теперь стал материалом

и условием существования богатства. Бедность как таковая стала сущностно необходимой для богатства, поэтому ее следует выпустить из стен изоляторов и предоставить в его полное распоряжение.

В эпоху Просвещения становится ясным, что, хотя в признании убогих и нет никакой материальной (рациональной) необходимости, тем не менее, *благотворительность является первым и абсолютным долгом общества, ничем не обусловленным, так как именно она – условие его существования*. Забывая и не заботясь о неимущих и убогих, общество тем самым обрекает себя на самоуничтожение. Однако относительно конкретных форм этой благотворительности общественная мысль XVIII в. пребывала в сомнениях. Возникало сразу несколько вопросов.

1. Следует ли понимать «общественный долг» как абсолютное обязательство для общества?

2. Следует ли государству взять благотворительность в свои руки?

3. Государство ли должно строить госпитали и распределять помощь?

Незадолго до революции во Франции по всем этим вопросам в публицистике разгорелась целая дискуссия. Выявились две точки зрения.

- Призывы к установлению *государственного контроля* за всеми благотворительными учреждениями, так как «*общественный долг*» есть, в конечном счете «*долг общества*», а, следовательно, – и государства. Выдвигалось предложение учредить постоянно действующую комиссию по контролю за всеми госпиталями королевства, а впоследствии – создать несколько крупных больниц, где мог бы быть обеспечен надлежащий уход за больными бедняками.

- *Общественный долг – это долг общественного человека, а не самого общества*. Таким образом, для того, чтобы установить возможные формы благотворительности, следует определить, какова природа и каковы пределы чувства жалости, сострадания, солидарности, присущих общественному человеку и способных объединить его с ему подобными.

Таким образом, вырисовываются условия оказания помощи больным людям, условия, при которых существует *новая* благотворительность:

- больные должны быть распределены по разным сферам, в зависимости от их принадлежности к тому либо иному кругу людей;

- сама благотворительность должна сочетать в себе как можно больше живого, естественного чувства заботы и сострадания и, в то

же время, должна быть экономически справедливой и обоснованной, то есть – выгодной.

Исходя из второго условия, строительство обширных госпиталей и больниц, содержание которых обойдется очень недешево, экономически нецелесообразно; помощь следует распределять непосредственно между семьями больных, что даст, *тройную* выгоду. Во-первых, выгода *эмоциональная*: семья не перестанет испытывать подлинную жалость к больному, хотя и видит его каждый день. Во-вторых, выгода *экономическая*: отпадет необходимость предоставлять больному кров и пищу, ибо дома они ему обеспечены. В-третьих, выгода *медицинская*: не говоря уже о том, что дома больной получит особенно тщательный уход, он к тому же будет избавлен от гнетущего зрелища госпиталя (своеобразного «храма смерти»).

Таким образом, гуманизация общественной жизни, к которой вела эпоха Просвещения, вовсе не отменяла, а дополняла те рациональные начала, которые были заложены в ее основу еще в XVI–XVII вв. Приближение же призрения за больным бедняком к его семье достигало, как казалось, сразу двух целей; во-первых, «одушевления» и очеловечивания оказываемой помощи, а во-вторых, экономии государственных средств в организации медицинского обслуживания.

*Новое место больничных заведений.*

*Врач и проблемы призрения.*

Век Просвещения привел также к переосмыслению опыта больниц как изоляторов, и в целом – всего предшествовавшего опыта медицины. В 1760–1770-е гг. внимание привлекла *проблема возникновения эпидемий*. Во Франции в каждом финансовом округе врач был обязан следить за эпидемиями, и в случае заболевания одной и той же болезнью 4 или 5 человек направлялся врач с целью назначения лечения.

В то же время, выяснилось, что невозможно создать эпидемическую медицину, не решив целого ряда проблем:

*Во-первых*, необходимо было согласование действий врачей с полицией. В обязанности последней должно было входить: наблюдение за размещением свалок и кладбищ; контроль за торговлей хлебом, мясом и вином; регламентация деятельности скотобоен, красилен; выявление вредных для здоровья людей местностей и т. п.

*Во-вторых*, следовало установить для каждой провинции «правила регулирования здоровья», которые бы описывали способы питания и ношения одежды с целью предотвращения появления эпидемий. «Эти заповеди должны стать как молитвы, чтобы даже самые невежественные лица и дети смогли бы их повторить (*От авт.*: рекомендуем зачитывать их) на проповеди, мессе, во все воскресенья и праздники».

*В-третьих*, возникала необходимость в создании корпуса санитарных инспекторов, в обязанности которых входило бы наблюдение за территориями и контроль за деятельностью местных врачей.

Век Просвещения дал весьма оригинальное толкование причинам существования болезней, происходившим из реалий исторической эпохи и среды. Так, считалось, что в средние века, в эпоху войн и голода, болезни возникали из чувства страха и истощения (лихорадки, горячки, проказа, чума и т.п.); в XVI–XVII вв. возникло стремление к роскоши и чревоугодию (отсюда – венерические болезни, «закупорки» внутренних органов и крови); в XVIII в. начались поиски удовольствий через воображение, люди полюбили театры, книги, возбуждались бесплодными беседами; ночью – бодрствовали, а днем – отсыпались: отсюда – истерии, ипохондрии и нервные болезни. Народы же, не знающие войн, жестоких страстей и праздности, не знают и болезней.

Отсюда, главная задача медицины – *политическая*. Борьба против болезней должна начаться как война против «плохого» правительств. Только полное освобождение человека от нищеты и тирании даст полное и окончательное излечение от болезней. В свободном же обществе, где исчезнет неравенство и воцарится согласие, врачу достанется лишь преходящая роль – давать законодателю и гражданину советы, как привести в равновесие душу и тело, а нужда в больницах отпадет сама собою.

Все эти мифы ныне представляются не более чем мечтами – сновидениями о праздничном человечестве на открытом воздухе, где живет только молодость, а старость не знает зимы. И, тем не менее, два эти мифа сыграли в дальнейшем огромную позитивную роль: связав медицину с судьбами государств, выведя ее за рамки клиник и больниц, они явили ее реальное предназначение, дав толчок развитию концепции общественного здоровья. К сфере врачевания и техник излечения больного человека прибавилась не менее важная сфера – сфера знаний о здоровом человеке и об основах *«здорового образа жизни»*, предполагавшего «разумное» сочетание работы и празднеств.

Длительное обсуждение проблем организации медицинской помощи привело к постепенному выявлению тех принципов, на которых должна была основываться современная медицина (в плане оказания социальной помощи нуждающимся больным):

1. *Принцип «коммунализации» помощи.*

Именно органы местного самоуправления («коммуны») должны стать ответственными за организацию медицинского обслуживания в своих районах. Каждая коммуна должна была отвечать за состояние нищеты и изыскивать способы оказания помощи беднякам. Коммуны

имели право вводить местные налоги на организацию медицинского обслуживания. Возникла идея «участкового врача», для которого «жизнь власть имущих и богатых не более драгоценна, чем жизнь слабых и неимущих». Функции местного врача не ограничивались лишь медицинской практикой, а понимались куда шире: во-первых, он играл экономическую роль, распределяя помощь; во-вторых, моральную (как «надзиратель за моралью как за общественным здоровьем»).

## *2. Сочетание теории и практики в подготовке квалифицированного врача.*

Теоретическое образование, полученное в медицинских школах и на медицинских факультетах университетов, должно быть пополнено: во-первых, временем фельдшерской практики на коммунальном уровне; во-вторых, периодом врачебной практики в больницах. Кроме того, в жизнь вошло обязательное лицензирование как врачебной, так и фармацевтической деятельности.

К аналогичным выводам пришли и в Англии. Так, еще по закону 1722г., запрещалось оказывать больным помощь на дому в какой бы то ни было форме: неимущего больного следовало препроводить в госпиталь, где он мог бы превратиться в анонимный объект общественного милосердия. Минуло чуть больше 70-ти лет и в 1796 г. появился закон, по которому предшествующее положение признавалось «неуместным и притеснительным», ибо оно препятствует «ряду достойных людей получать помощь на дому от случая к случаю», а других – лишает «умиротворения, сопутствующего нахождению их в домашней обстановке».

Ситуация кардинальным образом меняется: в каждом приходе были назначены надзиратели, которые решали, какую помощь возможно оказывать неимущим больным, находящимся дома. Были разработаны даже проекты создания системы медицинского страхования. Так, в 1786г. был разработан проект «Universal friendly or benefit Society» («Общества всеобщей дружбы, иначе выгоды»). По проекту, подписавшиеся крестьяне и прислуга могли рассчитывать на помощь на дому по болезни или при несчастном случае; в каждом приходе уполномоченный на то аптекарь поставлял бы необходимые лекарства, половина стоимости которых оплачивалась бы приходом, а другая половина – самим Обществом.

Параллельно во второй половине 1780-х гг. во Франции был впервые поставлен вопрос о ликвидации скученности больных в больницах и необходимости размещения больных в зависимости от характера болезни в отдельных зданиях.

Первоначально, исходя из тезиса, что «госпиталь порождает бо-

лезни», больницы как таковые попытались ликвидировать вовсе, что вскоре привело к нежелательным результатам. Так, Комитет по бедности Национального Собрания полагал, что единственно возможное место исправления болезней – это *семья*. Здесь «стоимость» болезни для общества сводится к минимуму; исчезает риск ее усложнения. В семье болезнь находится в «естественном» состоянии и свободно предоставлена регенерирующим силам природы. Кроме того, взгляд близких обращает на нее живую силу доброжелательности и сдержанного ожидания. «Несчастье возбуждает своим присутствием благотворное сострадание, рождает в сердцах людей настоящую нужду принести облегчение и утешение; уход, предоставляемый несчастным в их собственном убежище, использует этот изобильный источник блага, расставляющий особую благодать».

Без сомнения, существовали больные, совсем лишенные семьи, или столь бедные, что живут «набившись в чердаки». Для таких следовало создать «коммунальные дома бедных», которые должны функционировать как заменители семьи и взаимно распространять сострадающий взгляд.

Таким образом, больничные учреждения, порождающие болезни, должны были исчезнуть. Имущество больниц подлежало национализации, а роль государства неминуемо при этом возрастала. Для координации усилий в деле оказания квалифицированной помощи на дому планировалось создать центральную администрацию (своеобразное «медико-экономическое сознание нации») с тремя важнейшими функциями.

- 1) Универсальное восприятие и изучение болезней.
- 2) Выделение необходимых сумм для помощи несчастным.
- 3) Финансирование «коммунальных домов» и распределение специальной помощи семьям бедняков, которые самостоятельно ухаживают за своими больными.

Однако принцип «децентрализации» медицинской помощи столкнулся сразу с целым рядом проблем: во-первых, возникла проблема местного медицинского персонала; во-вторых, оставались сложные и эпидемические болезни, требовавшие клинического лечения. Еще 1788 г. специальная комиссия французской Академии наук разработала принципы строительства больниц нового типа и внесла рекомендации строить отдельные больничные здания (павильоны) параллельно друг другу с достаточными интервалами между ними (так называемое «павильонное» строительство). Однако идея павильонного строительства была осуществлена значительно позднее – лишь в 1846 г. во Франции по этому принципу была построена больница «Ла-

рибосье», ставшая образцом для больничных заведений в Западной Европе и США.

Тем самым идея существования больничных заведений реабилитировала себя, но уже в новом качестве: больницы должны играть двоякую роль: с одной стороны, они необходимы больным без семей, а также в случаях заразных, тяжелых и сложных болезней, с которыми врачи не сталкиваются в повседневной практике. С другой стороны, больница понимается как необходимая мера защиты (здоровых людей – от болезни; больных – от невежественной практики; одних больных людей – от других).

Таким образом, век Просвещения подготовил базу для реформы медицины, которая растянулась в ведущих европейских странах вплоть до середины XIX в. Были созданы условия для ликвидации изоляции больниц от общества, а активно практикующий врач стал новым символом медицины.

*Появление социального законодательства по охране здоровья во второй половине XIX в.*

Первые серьезные попытки законодательной охраны здоровья работающих были предприняты в конце XVIII в. в наиболее развитом промышленном центре Великобритании – Манчестере. Усилиями врачей Т.Персиваля и Дж.Ферриера в 1796 г. было создано Манчестерское санитарное бюро, поставившее своей задачей как оздоровление условий труда и быта рабочих, так и законодательное ограничение продолжительности рабочего дня. Результатом деятельности Бюро стало появление первого фабричного закона 1802 г., который хотя и игнорировался предпринимателями, но стал первой попыткой улучшения санитарно-гигиенических условий труда пролетариата.

В 1830-1840-е гг. положение работающих на английских фабриках привлекло внимание британского парламента. В 1832 г. был принят Билль об обследовании состояния фабрик, создавший условия для исследований в области фабричной гигиены. В 1842 г. в результате работы парламентской комиссии лорда Эшли был принят акт, запретивший ночную работу подростков и детей, ограничивший их дневной труд и впервые установивший правительственную фабричную инспекцию. Фабричные инспектора внесли большой вклад в области эпидемиологии, коммунальной и пищевой гигиены на промышленных предприятиях.

Чуть раньше, в 1838 г., был проведен закон, устанавливавший систему точных отчетов о родившихся и умерших, а также учредивший должности главных регистраторов в крупнейших городах. На его основе, по инициативе Т. Смита, в 1840 г. было создано Общество оз-

доровления городов, а в 1842 г. – Общество улучшения жилищ рабочего класса. Наконец в 1848 г. парламент принял закон об устранении санитарных вредностей и предупреждении заболеваний, по которому в случае поступления жалоб на санитарные недочеты на предприятиях местные власти должны были принимать энергичные меры. На основании закона 1848 г. в промышленных центрах (Ливерпуль, Лондон и др.) учреждались должности санитарных врачей. Тогда же, в 1840-е гг., создается правительственное учреждение – Главное управление по охране здоровья, виднейшими деятелями которого были лондонские санитарные врачи Дж. Саймон, Э. Чедвик. Итогом работы Главного управления стало появление исследований, показывавших влияние условий труда и продолжительности рабочего дня на состояние заболеваемости и смертности среди рабочих, а также воздействие факторов недостаточного питания на здоровье бедноты.

Мероприятия первой половины XIX в. оказались довольно противоречивыми: с одной стороны, по замечанию Дж. Гунтера, «санитарно-полицейские законы остались мертвой буквой», так как их проведение было возложено в первую очередь на самих предпринимателей; с другой же стороны – они положили начало проведению комплексных исследований в области социальной статистики, показывавших реальное состояние дел на предприятиях английской промышленности. По сравнению с другими европейскими странами английские фабричные и санитарные законы хоть в какой-то степени контролировали действия промышленников. Неслучайно К. Маркс отмечал, что «положение наших собственных дел в Германии – ужаснуло бы нас, если бы наши правительства и парламенты назначали периодически, как это делается в Англии, комиссии по обследованию экономических условий, если бы эти комиссии были наделены такими же полномочиями для раскрытия истины, как в Англии, если бы удалось найти для этой цели таких же компетентных, беспристрастных и решительных людей, как английские фабричные инспектора, английские врачи...»

С 1881 г. О. Бисмарк проводит беспрецедентную по тем временам акцию – вводит комплекс тщательно разработанных законов о социальном страховании: на случай болезни, в связи со старостью и инвалидностью в 1883г. и при несчастных случаях в 1884г. Действие законов, однако, распространялось лишь на часть рабочих, за счет которых и проводилось само страхование, что стало основанием для резкой критики в рейхстаге со стороны видного деятеля СДПГ Августа Бебеля.

В конце 1880-х гг. политика репрессий и непоследовательного социального маневрирования О. Бисмарка зашла в тупик. 1889–1890 гг.



стали рекордными по количеству забастовок (более 1100), принимавших все более массовый характер. В этих условиях, Вильгельм II, претендовавший на роль «народного монарха», отменил всякие ограничения в создании и деятельности рабочих союзов и ассоциаций. В 1896 г. принимается Германское гражданское уложение, где впервые в европейской практике утверждались принципы социальной справедливости, и вводилось повсеместное рабочее страхование.

Примеру Германии последовали и другие европейские страны. Так, в 1908-1910 гг. широкие социальные реформы были проведены в Великобритании. Инициатором их стала находившаяся в то время у власти либеральная партия во главе с Г. Асквитом. В апреле 1908 г. министерство торговли, в ведении которого находился рабочий вопрос, возглавил известный в будущем английский политик Уинстон Черчилль. Начав с установления 8-часового рабочего дня в угольной промышленности, У. Черчилль получил разрешение премьер-министра на проведение комплекса законов, направленных на смягчение противоречий между рабочим классом и предпринимателями.

Первым таким законом стал закон о создании бирж труда. По замыслу министра биржи могли в какой-то степени уменьшить тревогу, существовавшую в стране в связи с ростом безработицы. Они должны были помочь безработным в подыскании работы, а предпринимателям в найме рабочей силы. Дело в том, что иногда имели место случаи, когда безработица в одном районе совпадала по времени с нехваткой рабочей силы в другом. Биржам труда надлежало увеличить мобильность в области использования трудовых ресурсов. В то же время они освобождали и предпринимателей от расходов, связанных с подысканием квалифицированной рабочей силы.

За законом о биржах труда последовал закон о страховании по безработице. Были введены пенсии для престарелых, а также страхование по болезни, инвалидности и в связи с увечьем на производстве. Стратегия либеральной партии состояла в том, чтобы предвосхитить требования рабочего класса и, тем самым, нейтрализовать влияние лейбористов, находившихся тогда на левом фланге британского политического фронта.

Таким образом, к началу XX в. наблюдается становление социального законодательства в ведущих европейских странах, получает широкое распространение социальное страхование на случай трудового увечья или профессионального заболевания. К рискам, подлежащим обеспечению, были причислены инвалидность, старость, болезнь, безработица.

К концу XIX началу XX вв. общественная гигиена (социаль-

ная медицина) сформировалась как наука, изучающая влияние социально-экономических факторов на здоровье различных групп населения. Во многих странах, в том числе и в России, стали создаваться научные общества по проблемам общественного здравоохранения, так как появились специалисты в области социальной медицины, занимающиеся и практикой, и научными исследованиями.

### **Здоровье и образ жизни как целевые параметры социально-медицинской работы**

При встречах, торжествах, мероприятиях люди, как правило, желают друг другу здоровья «здравия», что позволяет считать здоровье одной из главных ценностей жизни. На протяжении истории человечества закладывались ценности здоровья как фундамента жизни людей на земле. Естественной конечной целью социально-медицинской работы является достижение возможного уровня здоровья, обеспечивающего полноценное функционирование и адаптацию организма в различных условиях среды обитания.

И. И. Брехман (1984-1987) обосновал необходимость выделения здоровья человека в самостоятельный предмет исследования. Именно ему мы обязаны расцветом повсеместного внимания к проблеме сохранения здоровья человека. Утверждение о том, что валеология – наука о здоровом образе жизни – одно из самых распространенных заблуждений. Образ жизни категория социальная. Она намного шире, нежели существующие представления. Влияние образа жизни (стиль жизни, качество жизни, уровень жизни) на здоровье человека – это один из аспектов предмета исследования социальной медицины.

Имеются многочисленные определения понятия здоровья, раскрывающие лишь отдельные его производные: это и «благополучие», и «оптимальное функционирование организма», и «отсутствие болезни», и «равновесие между индивидом и окружающей средой», и «запас прочности», и «полнокровное существование человека» и др.

Исходя из сущности природы человека определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) наиболее широко раскрывает понятие здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Так как здоровье – состояние организма, то естественно оно неустойчиво, изменчиво и подвержено коррекции, управлению.

Здоровье, как и болезнь, представляют собой основные формы жизни. Состояния здоровья и болезни могут многократно сменять друг друга в течение всей жизни человека и являются тесно взаимосвязанными понятиями. Для понимания сущности этих явлений необходимо

сначала определить, что такое нормальная здоровая жизнь (норма, здоровье), за пределами которой возникает болезнь.

Считается, что норма – это более общее понятие, определяющее многие процессы и явления не только в органическом мире, частью которого является человек. Здоровье – понятие специальное для живых организмов, оно выражает качественно особое состояние живого организма - как целого, в каждый отдельный момент его существования. Говоря о человеке, как о высшей форме реализации феномена жизни, следует помнить о его способности познавать и преломлять через себя картину окружающего мира, ощущать свое место среди себе подобных и самовыражаться через социальную активность.

Норма – есть термин, близкий по смыслу к термину здоровье, но не исчерпывающий его полностью. Например, можно быть здоровым исходя из величин функциональных и анатомических показателей, но, при этом, иметь определенные отклонения от нормы по отдельным показательным признакам (антропометрическим, поведенческим, умственным). С другой стороны, можно быть больным и иметь нормальное с точки зрения норм, принятых в обществе, поведение. Следовательно, критерии «норма» и «здоровье» относительны и условны, строго индивидуальны.

Здоровье – понятие относительное. Заключение врача «здоров» формулируется в определенной степени всегда условно. В медицине в связи с этой проблемой принято к применению специальное выражение «практически здоров». Считается, при этом, что в течение некоторого неопределенно долгого периода времени данный человек является и может быть здоров и трудоспособен, но он не гарантирован от возможности заболевания при изменении условий, окружающих его в быту и на работе.

Определений понятия «здоровье» очень много, в них отражены моменты согласованности в работе органов и систем органов, равновесия организма и внешней среды в формировании здоровья. В целом под «здоровьем» понимают такую форму жизнедеятельности человека, которая обеспечивает ему наиболее совершенную деятельность и адекватные условия существования. «Здоровье» – существование человека, допускающее наиболее полноценное его участие в различных видах общественной и трудовой деятельности.

Исходя из сущности здоровья человека, следует выделить возможные его виды (формы): соматическое здоровье, физическое здоровье, психическое здоровье, биологическое здоровье и др.

Здоровье несет определенные функции, сопряженные с сущностью природы человека:

- обеспечивает жизнедеятельность на основе индивидуально-субъективного ощущения;
- обеспечивает полноценность потомства (продления вида), и в целом жизни на Земле;
- обеспечивает прочность в старости (в преклонном возрасте);
- создает социально благополучное общество;
- обеспечивает безопасность жизнедеятельности индивидуума и государства в целом.

*Состояние здоровья* может быть установлено: на основании субъективных ощущений конкретного человека в совокупности с данными клинического исследования, с учетом пола, возраста, социальных, климатических, географических и метеорологических условий, в которых живет или временно находится человек.

Рассматривая здоровье, возникает необходимость диагностики, которая включает комплекс методов. Наиболее доступный метод осмотра состояния человека позволяет получить информацию об осанке, форме частей тела, состоянии кожного покрова и видимых слизистых оболочек, о мимике, поведении и многое другое, что позволяет предположить о наличии расстройства здоровья. Более полная диагностика состояния организма достигается с использованием сложных инструментальных физиологических, биохимических и гистологических методов. Естественно комплексом отмеченных методов определяется преимущественно физическое и биологическое здоровье. Однако этого может быть недостаточно для выявления и исхода его. Среди многочисленных потребностей человека первое место занимает здоровье. Важно установить социальное здоровье (социальное самочувствие, удовлетворенность), тем самым раскрыть факторы здоровья и степени их нарушения.

Выполнение индивидом своих биологических и социальных функций можно трактовать как проявления здоровья. При этом люди относятся к своему здоровью различным образом: соответственно, пренебрежительно (аггравация) и уход в патологию (заболевание). От соответствия жизненных установок, притязаний индивида и проявлений здоровья формируется та или иная степень благополучия – физического, душевного, социального.

Здоровье индивидуума связано с большим количеством важнейших показателей жизнедеятельности, приспособительными возможностями организма. Постоянство внутренней среды организма (гомеостаз) отдельного человека обусловлен генетическими и приобре-

тенными в течение жизни моментами, самосознанием человека, уровнем его развития, включая уровень интеллекта, поведенческим настроем, образом жизни и другими факторами. Дифференциация указанных моментов при определении состояния здоровья, чрезвычайно трудна.

Социально обусловленные стрессовые реакции, связанные с ростом безработицы, неустроенностью в жизни, чувство отречения от всего и вступление в борьбу за выживание, приводят к росту пограничных состояний и заболеваний. Большую роль в сохранении высокого уровня индивидуального и общественного здоровья играют уровень развития общества, уровень развития личности, образ жизни. Здоровье народа зависит от социальной среды и условий жизни: величины реальной заработной платы, продолжительности рабочего дня, условий труда, структуры питания, жилищных условий, развития здравоохранения, санитарно-эпидемиологического благополучия страны и других факторов здоровья.

Установлено, что на 50% здоровье человека, зависит от образа жизни. Факторы внешней среды определяют в среднем 20% здоровья. Биологические факторы так же составляют 20% здоровья. Лишь 10% здоровья зависит от организации медицинской помощи. Из приведенной таблицы 1 можно видеть, что здоровье не только медицинская категория, а преимущественно социально-медицинская.

Исследователи здорового образа жизни Ю. М. Лисицын, Н. М. Амосов, И. И. Брехман и др. ведущее место в укреплении индивидуального и общественного здоровья отводят социальным факторам. С одной стороны здоровые люди создают здоровое общество, с другой стороны – от здорового общества зависит здоровье каждого индивидуума.

*Образ жизни* – это, прежде всего, степень гармонии биологической, физической сущностей природы человека и взаимоотношений с социальной его сущностью, которая определяется условиями социума:

- условия обитания;
- экономические условия;
- условия культуры;
- образование, привычки.

Можно конкретно определить степень влияния каждого условия социальной среды на формирование здоровья и образа жизни. Для конкретной личности степень влияния социальных факторов неоднозначна, т.к. образ жизни исторически обусловлен, а в масштабе индивидуальной жизни он формируется через мотивацию и обучение.

Таблица 1

Соотношение факторов, определяющих здоровье человека

Факторы здоровья	Условия, укрепляющие здоровье	Условия риска
Образ жизни 50%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие вредных привычек;</li> <li>2. оптимальные социальные условия;</li> <li>3. адекватная физическая активность;</li> <li>4. рациональный психический климат в социуме;</li> <li>5. сознательное, внимательное отношение к своему здоровью.</li> </ol>	Табакокурение, алкогольная зависимость, наркомания, несбалансированное питание гипо- и адинамия, лень, чрезмерные физические и психические нагрузки, семейные проблемы, самолечение и др.
Внешняя среда 20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. благоприятные климатические условия;</li> <li>2. отсутствие вредных производственных, профессиональных факторов;</li> <li>3. соответствующие экологические условия;</li> <li>4. оседлый образ жизни;</li> <li>5. хороший психологический климат в быту, на работе.</li> </ol>	Загрязнение окружающей среды, антропогенные вредные факторы производства, профессиональные вредности, неблагополучные семьи, миграция, экстремальные климатические условия.
Биологические факторы 20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие наследственных болезней;</li> <li>2. отсутствие анатомо-физиологических особенностей, предрасполагающих к заболеваниям;</li> <li>3. здоровая наследственность;</li> <li>4. современная профилактика эпидемий.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие наследственных болезней;</li> <li>2. наличие мутагенных факторов;</li> <li>3. аномалии, способствующие нарушению функций;</li> <li>4. отсутствие своевременных противоэпидемических мероприятий.</li> </ol>
Организация медицинской помощи 10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. доступность и своевременность медицинской помощи;</li> <li>2. профессионализм, социальная ориентированность медицинской помощи;</li> <li>3. профилактическая направленность здравоохранения.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. труднодоступность медицинской помощи;</li> <li>2. дискриминация в оказании медицинской помощи;</li> <li>3. низкий профессиональный уровень кадров.</li> </ol>

*Уровень здоровья* обусловлен как субъективными, так и объективными моментами в зависимости от вида здоровья. Различают здоровье индивидуума (индивидуальное) и здоровье населения (общественное). Здоровье индивидуума связано с большим количеством важнейших показателей жизнедеятельности, приспособительными возможностями организма. Индивидуальное здоровье, прежде всего, складывается сущностью природы человека. Постоянство внутренней среды организма (гомеостаз) отдельного человека обусловлен генетическими и приобретенными в течение жизни моментами, самосознанием человека, уровнем его развития, поведенческим настроением, образом жизни и другими факторами.

В большинстве случаев человек сам достаточно четко оценивает уровень своего здоровья. Но здоровье – категория не только медико-биологическая, но и социальная, поэтому реализация здоровья выявляется через выполнение индивидуумом своих биологических и социальных функций.

Здоровье детерминировано сложным комплексом факторов. Специалисты выделяют 5 комплексных детерминант здоровья или *факторов риска*.

- К первой группе относят социальные и политические условия, включающие политические и социально-экономические приоритеты, законодательную базу, материальные ресурсы и промышленное производство, системы здравоохранения, образования и воспитания.

- Вторая группа объединяет факторы, характеризующие состояние окружающей среды – атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, качество и безопасность пищевых продуктов, жилищно-бытовые условия, условия труда и др.

- Третью группу составляют факторы, характеризующие социально-культурную среду (семья, производственный коллектив, средства массовой информации, культурно-просветительные учреждения, условия для досуга и активного отдыха населения и др.)

- Образ жизни и поведение населения представляют четвертую группу факторов, к ним относят режим и качество питания, двигательная активность, отношение к вредным привычкам, медицинская активность, характер взаимоотношений между людьми, стрессовые ситуации.

- Индивидуальный потенциал здоровья (пятая группа факторов) включает состояние биологической системы, иммунный статус отдельных людей, их индивидуальные особенности, наследственную предрасположенность, уровень социальной и биологической адаптации и др.

Общественное здоровье отражает состояние здоровья общества в целом, качество его жизни, его жизнеспособность как социального организма. Общественное здоровье – это не только здоровье определенных групп населения, но это понятие включает систему профилактических мер, направленных на его охрану и укрепление.

Исходя из многомерной модели здоровья, можно понять сущность общественного здоровья, что представляет основу предмета социальной медицины.

МЗ РФ совместно с рядом научных учреждений предлагает следующие определения здоровья.

- *Общественное здоровье (public health as resource)* – медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности.

- *Здоровье населения (health of the nation)* – медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Множество проблем возникает при оценке качества здоровья, т.е. оценке здоровья, как параметра качества жизни. Это отчасти связано с тем, что сам термин «качество жизни» не имеет общепринятого значения в службах здравоохранения и научной литературе. Термин «качество жизни» вошел в обиход в развитых странах.

По определению ВОЗ (1999), *качество жизни* – оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. В нашей стране под *качеством жизни (life quality)* чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

Несмотря на отсутствие общепринятого понятия «качество здоровья», предпринимаются попытки дать комплексную оценку общественного здоровья (количественную и качественную) и даже разработать специальные показатели для его оценки.

Количественная методика изучения общественного здоровья включает способы получения статистической информации, программу статистического наблюдения и обработки статистических данных, систему статистических показателей, принципы их оценки и анализа.

Эксперты ВОЗ для характеристики общественного здоровья в связи с большим разнообразием предлагаемых критериев оценки пред-



лагают три группы показателей, характеризующих здоровье населения и его детерминанты.

*Первая группа* – медико-демографические показатели: ожидаемая продолжительность жизни, младенческая смертность, заболеваемость.

*Вторая группа* – критерии социального благополучия: уровень и качество питания населения, условия труда и быта, уровень грамотности населения, доля ВВП, расходуемого на нужды населения, доступность первичной медико-санитарной помощи, обеспеченность населения безопасным водоснабжением, доля населения, охваченного иммунизацией, состояние объектов среды обитания, образ жизни населения.

*Третья группа* – критерии социально-психологического благополучия: уровень заболеваемости психическими болезнями, неврологические состояния и реакции, социально-психологический климат в семье, производственном коллективе.

Естественно социально-медицинская деятельность включает исследование статуса здоровья общества, определяя влияние ряда факторов социального и медицинского характера. В частности, влияние на общественное и индивидуальное здоровье социальных институтов политической власти, идеологии, морали, культуры, экономики, экологии, здравоохранения, движения населения, устойчивости индивидуального здоровья в рамках общественного здоровья. При этом сущность здоровья трансформируется через понятие болезнь, заболеваемость, т. е. через нездоровье. Болезнь как профессиональная категория, относится, прежде всего, к медицине, составляющей основу здравоохранения, т.е. социальное и медицинское взаимодействуют. Показатели здоровья населения основываются на показателях заболеваемости и распространенности заболеваний, что зависит от социальной среды, качества медицинской помощи, условий жизни, продолжительности и условий труда, семейно-бытовых условий, санитарно-эпидемиологического благополучия страны и др.

### **Исследовательские традиции в науке о здоровье и болезни**

Античные философы впервые в истории западной мысли попытались осмыслить проблему личной ответственности человека за собственное здоровье и существование в целом; определили здоровье как подлинную ценность бытия и открыли непреходящие принципы здорового гармоничного существования.

Наряду с античной концепцией здоровья широкое распространение получила *адаптационная модель* здоровой личности.

Такое представление о здоровье является продуктом научной мысли XIX столетия. Теоретические предпосылки данной модели можно обнаружить, во-первых, в эволюционном учении Ч. Дарвина, который считал главной движущей силой эволюции борьбу за выживание, приводящую к приспособлению к окружающей среде, а во-вторых, в социологии О. Канта и, в особенности, Э. Дюркгейма, рассматривавшего любое проявление духовной жизни человека, прежде всего, как функцию его социальных отношений. Приспособленность к окружающей социальной среде и гармоничная включенность в сообщество людей – это параметры, представляющие собой два основных компонента (биологический и социальный) общей адаптированности человека.

Американский физиолог Уолтер Кеннон определил биологическую меру здоровья как способность поддерживать стабильность на психофизическом уровне в условиях непосредственного и активного контакта с окружающей средой. Одним из способов поддержания такой стабильности стала «аутогенная тренировка» – система психофизического саморегулирования, разработанная И. Шульцем.

Подход Шульца базируется на идее о том, что здоровое функционирование организма непосредственно связано со способностью произвольно регулировать основные физиологические функции.

Та же проблема может изучаться в свете теории приспособления человечества как вида. Конрад Лоренц рассматривает эволюцию человечества как целенаправленный процесс приспособления к меняющимся условиям жизни, который регулируется естественным отбором. Человечество выступает как живая макросистема, приобретающая в ходе эволюции новые системные свойства. Любая патология (упадок или гибель культуры) представляет собой в нормальном функционировании адаптирующейся живой системы. То или иное проявление человеческой природы признается здоровым или болезненным в зависимости от его целесообразности для общевидовой адаптации. Здоровым является все то, что полезно и целесообразно для выживания вида.

Авторы концепции «космопланетарного феномена человека» В. П. Казначеев и Е. А. Спирин предлагают четко разграничить здоровье отдельного человека и здоровье популяции. «Здоровье индивида есть динамический процесс сохранения и развития его социально-природных функций, социально-трудовой, социокультурной и творческой активности при максимальной продолжительности жизненного цикла. Здоровье популяции представляет собой процесс долговременного социально-природного, социально-исторического, социокультурного развития жизнеспособности и трудоспособности человеческого

коллектива в ряду поколений. Это развитие предполагает совершенствование психофизиологических, социокультурных и творческих возможностей людей».

В социальном аспекте адаптационной модели здоровья на первый план выступает всесторонняя социализация личности. Лежащий в основе такого представления о личности и здоровье социологический подход противопоставляет человека, как существо социальное единому царству природы и рассматривает личность исключительно как продукт социальных отношений. Так, согласно Э. Дюркгейму, благополучие субъекта в значительной мере зависит от степени сплоченности общества, а различные аномалии – это следствие нарушения общественных норм и ценностей. «В социальном плане здоровье понимается как нормальное состояние, а болезнь – отклонение от нормы». Таким образом, любое отклонение от общепринятых норм является определенной формой социальной дезадаптации. Подобного подхода придерживались С. Московичи, М. Вебер и другие.

Бихевиористская проблематика здоровья сужается до одной проблемы – соответствия поведенческих реакций человека требованиям окружающей социальной реальности.

Согласно интеракционистской концепции психическое здоровье личности достигается способностью к установлению эффективных и гармоничных межличностных взаимоотношений (Л. Филипс).

Успешная адаптация в сфере межличностных отношений рассматривалась как необходимое условие душевного здоровья и благополучия личности в трудах представителей неопрейдизма (Г. С. Салливан, К. Хорни).

Ценность теории Эриксона в том, что она показывает, как социокультурные и межличностные механизмы, определяющие индивидуальное развитие, на каждом жизненном этапе действуют в неразрывной взаимосвязи и приводят к интегральному результату – к формированию неповторимой и уникальной идентичности, представляющей собой образ собственного «Я» во всем богатстве отношений личности к окружающему миру.

Итак, условно можно выделить три основных аспекта проблематики здоровья:

- здоровье как гармоничное сосуществование с природным окружением в согласии с биологической природой человека;
- здоровье как соответствие состояния и поведения индивидуума социальным и культурным нормам;
- здоровье как полноценное общение и адекватное взаимодействие с человеческим окружением.

Третий социально-культурный эталон здоровья можно обозначить как *антропоцентрический*. В центре концепций, возникших на основе этого эталона, обнаруживается представление о высшем (духовном) предназначении человека. Вершиной ценностной иерархии стали свобода, субъективность, творчество, развитие, осмысленность существования.

Когда субъективность признается в качестве высшей ценности, основными способами постижения субъекта в болезни, страдании и в целостности здорового существования становится понимание и диалог.

К. Ясперс в своей работе с психиатрическими больными считал, что чтобы представлять внутреннюю субъективную картину патологических процессов, психиатру необходимо отказаться от поиска обуславливающих факторов, принять переживание пациента как данность и вчувствоваться в них. Эту традицию в своих работах поддерживали Л. Бинсвангер, Р. Ленг и др.

Психологи-гуманисты первыми приступили к осмыслению и исследованию проблемы «эталонной» личности, являющей собой изначальный и универсальный образец здорового человеческого существования.

Теория Эриксона созвучна основным принципам гуманистической психологии и предполагает наличие внутренней связи между личностным ростом и здоровьем. Так благополучное разрешение очередного психосоциального кризиса представляет индивиду все больше возможности для роста и самореализации.

В свете теории Г. Олпорта, здоровье тождественно личной зрелости, которое приобретает в процессе личностного роста. Полноценное, естественное формирование аспектов «самости» в течение жизни обеспечивает личности здоровье и зрелость.

А. Маслоу провозгласил основным критерием здоровья «полную активизацию возможностей человека», или «самоактуализацию». Люди, которые достигли вершин самоактуализации, могут расцениваться как живые эталоны психического здоровья. Маслоу составил перечень характеристик самоактуализирующихся людей, на основе которого можно получить конкретный и детализированный портрет здоровой личности.

В целом гуманистические представления о природе человека могут показаться несколько идеализированными. Был создан «романтический образ Я», что впрочем, ничуть не умоляет значения созданной гуманистами модели здоровой личности.

В трансперсональной психологии совершается переход от изучения конкретной личности к постижению глубинной сущности чело-

века, то есть исследованию предельных способностей и возможностей человеческой природы. Трансперсональное – это характеристика человеческого опыта, включающая высшие переживания, ценности, мотивы, стремления, которые связаны с духовными возможностями человека.

Карл Густав Юнг рассматривал основные проблемы здоровья и патологии в аспекте высшей целостности, к обретению которой стремится человек. Это примирение исконных внутриличностных противоположностей, интеграция сознательного и бессознательного, индивидуального и коллективного.

С. Гроф писал: «То, что должно считаться здоровым, нормальным или рациональным, зависит решающим образом от обстоятельств, от культурного и исторического контекста». По Грофу, определение нормального и патологического, подразумевает качество интеграции опыта в личной жизни. Здоровым является человек, способный выдерживать «столкновение» с трансперсональным опытом, не впадая в состояние дезадаптации, оставаясь «хорошо» приспособленным и интегрированным в обыденной жизни. Он сохраняет цельность и конструктивность в материальном плане существования, в мире жесткой детерминации и ограничений.

Здоровье в трансперсональном понимании выступает как одно из необходимых условий сохранения целостности индивидуума при столкновении с высшим (мистическим) опытом. Только здоровый человек способен восходить к трансперсональным уровням существования, обретая новые духовные качества и сохраняя при этом идентичность.

Антропоцентрический эталон базируется на представлении о динамичной, свободно развивающейся, открытой опыту и ориентированной на высшие ценности личности. Основными принципами и критериями здорового образа существования в свете этого эталона следует признать свободное творческое самовыражение, развитие (личностный рост), интеграцию опыта и духовное самоопределение.

У теорий есть свои достоинства и недостатки. Так, например, древнегреческий философ Диоген, живший по преданию в бочке, может рассматриваться как образец асоциального образа жизни и дезадаптации в свете социальных концепций, тогда как по античному сознанию он являлся носителем душевного здоровья и жил в согласии с собой. Так рассматривая различные эталоны здоровья и созданные на их основе модели, следует помнить, что это лишь проекции, отражающие отдельные аспекты более сложного многомерного явления.

Подводя итоги анализа концепций, раскрывающих сущность понятия «здоровье» можно выделить три основных подхода.

- Античный эталон: Внутренняя согласованность, оптимальное соотношение элементов человеческой природы.
- Адаптационный эталон: Приспособленность индивида к окружающему миру.
- Антропоцентрический эталон: Всесторонняя самореализация, раскрытие творческого и духовного потенциала личности.

### **Социологическая парадигма социально-медицинской работы**

Социальная работа представляет собой бурно развивающуюся сферу профессиональной деятельности новой для России, официально признанной лишь в 1991 г. специальности. В ходе внедрения ее в практику российского здравоохранения и социальной защиты естественно встает вопрос определения теоретической идентичности Социальной работы в системе социального знания.

Социолого-ориентированный подход в научных исследованиях проблем социально-медицинской работы является одним из ведущих и перспективных в разработке теории и научном осмыслении содержания ее профессиональной деятельности.

Понимание роли медицины, медицинской практики и здравоохранения как социальной системы, процессов познания медико-социальных, экономических, политических проблем здравоохранения нашло в XX веке свое отражение в становлении и закономерном развитии новой научной дисциплины – социологии медицины.

А. В. Решетников (2002), возглавивший это научное направление, выделяет следующие факторы интеграции социологии и медицины, способствующие формированию ее как самостоятельной научной дисциплины:

- состояние социальной аномии в обществе в условиях возвращения к принципам рыночной экономики;
- потребность медико-социологического осмысления роли и места системы охраны здоровья в жизни общества, использование социологических методов исследования в здравоохранении;
- изменение демографических процессов и структуры заболеваемости;
- потребность в использовании социологических подходов для изучения заболеваний и лечения больных.

Предметом изучения социологии медицины А. В. Решетников определяет отношения индивида, социальных групп к состоянию

общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависимости от социально-экономических и политических факторов.

Безусловно, в медицине будь то исследовательская деятельность, клиническая практика или профилактическая работа требуется учет факторов культурного и социального воздействия, которые влияют на восприятие человеком своего состояния, на формирование его решения обратиться за этой помощью и на его реакцию, на предоставляемую медицинскую помощь.

Практика социально-медицинской работы в отечественном здравоохранении образует систему с собственными процессами, ценностями и социальными ролями и нормами, требующими переосмысления в условиях социальной аномии.

В социологии медицины все социальные процессы рассматриваются с точки зрения интересов людей, их потребностей и ожиданий в поддержании своего здоровья. Изучая проблемы здоровья, медицины и здравоохранения, медицинской политики и образования, демографии, социология медицины во всех случаях стремится, прежде всего, исследовать человека социального в его медицинском социокультурном пространстве: основные, простые и сложные формы взаимодействия в системе охраны здравоохранения; нормы и правила поведения в медико-социальных системах, которые характеризуются основными категориями социологии (социальное действие, социальный институт, социальный статус, социальная роль, социальная структура, социальная общность, социальная группа, ценности и др.).

Проблема улучшения здоровья населения – это и проблема изменения научной парадигмы отечественной медицины, здравоохранения. Для успешной жизни в обществе люди должны обладать знаниями и опытом – культурой здорового образа жизни. Однако сами по себе такие знания мало что дают, если они не обеспечивают понимания тех реальных каждодневных процессов, в которых находятся люди. Для этого должна создаться целостная картина текущего поведения всего населения, либо его отдельных социальных групп по подержанию, сохранению и укреплению собственного здоровья.

В то же время существует непреложный факт, что далеко не каждый человек в условиях свободы может сам создавать себе необходимые для достойной жизни условия в силу либо объективных причин (инвалидность, тяжелая болезнь, старость), либо отсутствия умения, других личных качеств. Таким социально ущемленным людям общество, государство должны оказывать помощь, используя рычаги социального управления для смягчения по возможности существующего неравенства в условиях удовлетворения этих потребно-

стей, что является неотложной задачей социальной работы. В любом случае эта интеграция приведет к созданию новой системы позитивного социального знания о здоровье.

Позитивная парадигма социологии медицины отвечает ожиданиям социально-медицинской работы, направляет познание на поиск информации, которая служит следующим целям:

- помогает членам общества быстрее социализироваться;
- отвечает на вопросы о том, как образуются социальные группы и отношения, как формируются институты в системе охраны здоровья, какова их общественная судьба;
- помогает строить поведенческие модели разных личностных типов;
- помогает выбирать и изменять модели институтов взаимодействий.

В системе ценностей личности данная проблематика достаточно успешно решается и в теоретическом плане, и на уровне разработки эффективных социальных технологий, направленных на изменение ценности здоровья, как в системе культуры всего общества, так и у самой личности.

Реформы, осуществляемые в любом обществе, опираются на уже имеющиеся нормы, ценности, накопленный опыт. В России в настоящее время ведется речь не об ослаблении нравственных начал, а об их восстановлении, поскольку они утрачены в качестве составляющей общей духовной регуляции как основного признака социального здоровья общества.

Отсюда представляется вполне закономерным рост интереса в современной отечественной социальной работе к социологии медицины, в рамках которой может быть осуществлено социологическое осмысление состояния медико-социальных институтов, роли и места врача, специалиста социальной работы и пациента, отношение к здоровью и болезни.

Успешное функционирование здравоохранения как социального института возможно только в условиях обеспечения гармонии интересов всех взаимодействующих субъектов. Однако на практике это не всегда удается.

Существует насущная потребность в изучении влияния введения:

- медицинского страхования; работы лечебно-диагностических учреждений с различными формами собственности;
- потребностей разных социальных групп в медицинских услугах;



- динамики формирования медико-социальных групп и построения моделей оказания медико-социальной помощи и профилактических мероприятий.

Важной задачей социально-медицинской работы современного периода развития здравоохранения в нашей стране является разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, интеграция в систему обязательного и добровольного медицинского страхования как формы социальной защиты.

Кроме практических и научных проблем, перед современной социологией медицины и социальной работой в здравоохранении стоит задача исследования морально-этических проблем, касающихся взаимоотношений врача и пациента, пределов допустимого вмешательства, донорства при пересадках органов, эвтаназии, коммерциализации здравоохранения и др.

Медико-социологический анализ проблем, связанных с охраной и улучшением здоровья людей, должен быть направлен на всестороннее изучение специфических противоречий и трудностей, возникающих в медицинском обслуживании населения на новом этапе общественного развития, изучение путей и способов их преодоления. Важной стороной этого анализа является опора на весь арсенал методов, наработанных в современной науке, направленной на раскрытие возможностей общества в преодолении болезней и увеличении продолжительности жизни населения.

Важность задач социологической парадигмы социально-медицинской работы определяется тем, что они связаны с решением теоретических и прикладных социальных проблем здоровья, болезни и положением больного, функционированием медико-социальных систем, деятельностью в системе медицинского и социального страхования, формированием общественного мнения о работе системы здравоохранения. Использование конкретных медико-социологических исследований для гармонизации интересов субъектов и участников системы охраны здоровья, интегральной оценки качества жизни и эффективности деятельности медико-социальной системы также является важным аспектом интересов социально-медицинской работы.

А. В. Решетников дает следующее определение социологии медицины как науки – это наука о закономерностях формирования ценностных отношений у разных слоев населения к здоровью, болезни и медицинскому обслуживанию, медицине и организации здравоохранения. Целью социологии медицины является поиск и создание

средств и инструментов контроля общества в интересах глобального укрепления общественного здоровья, предупреждения нежелательных тенденций в развитии медицины и здравоохранения. Данное определение науки, цели и задач вполне отвечает притязаниям профессиональной социально-медицинской работы.

Здоровье нации в значительной степени определяется состоянием и эффективностью системы здравоохранения и социальной защиты населения, которая служит основным потребителем профессионально подготовленных кадров специалистов социальной работы. По-видимому, осознание властными структурами общности задач, стоящих перед развитием системы здравоохранения и социальной защиты населения, привело к слиянию и созданию единой системы управления отраслями.

Только одна система здравоохранения не в состоянии обеспечить выполнение комплексных программ по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и совершенствованию мер социальной защищенности граждан.

Усилия специалистов социальной работы и социологов медицины должны быть направлены на определение природы социальных изменений и построение адекватных моделей медицинской и организационной деятельности как органов и учреждений здравоохранения, так и поведения самих индивидов. Закономерный рост интереса к социологии медицины в современной отечественной науке определяется тем, что в ее рамках может быть осуществлено социологическое осмысление состояния системы охраны здоровья как важнейшей сферы общества и его социальных институтов, роли и места медицины, здравоохранения, врача, специалиста социальной работы и пациента.

### **Психологическая парадигма социально-медицинской работы**

Современная позитивная психологическая парадигма, лежащая в основе профилактической социально-медицинской работы, получила концептуальную известность под названием «психология отношений». Она зародилась в начале XX в. в школе маститого отечественного психиатра В. М. Бехтерева. Ее первые штрихи были набросаны А. Ф. Лазурским и С. П. Франком в опубликованной ими в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношении к среде». В дальнейшем «психология отношений» развивалась Владимиром Николаевичем Мясищевым, в творчестве которого представлена разработка идеи отношений в отечественной психологии. В

основе становления понятийного аппарата и теоретической интерпретации положений данной концепции лежат научные исследования нейрофизиологической школы И. П. Павлова. Одно из ключевых положений разработанной В. Н. Мясищевым концепции формулируется так: «*сущностью личности является отношение к действительности*». Категория «отношения» – одно из центральных понятий концепции. При психологическом анализе личность, целая и неделимая по своей природе, предстает как система отношений; а отношения, в свою очередь, выступают как структурные элементы личности. «Психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности».<sup>1</sup>

Психологические отношения могут быть описаны и проанализированы с помощью эмоционального, познавательного и волевого компонентов. Названные компоненты отношения соответствуют в современной психологии выделению трех сфер психического: *эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой*.

По мнению В. С. Мерлина, человек проявляет себя как личность лишь в процессе осуществления сознательно поставленных целей и активного воздействия на окружающий мир. При этом индивидуальные способы действия по реализации каких-либо целей всегда обусловлены активными отношениями личности. Они проявляются в каждой индивидуальной черте характера и индивидуальном стиле деятельности человека. Если отношения как свойство сознания в целом не нарушены, то это позволяет человеку оставаться личностью. Напротив, деформация отношений сознания в целом неизбежно ведет к дезинтеграции личности, даже если при этом особенности психических процессов остались в норме. Личность может деградировать или измениться, если изменяется ее отношение к людям, к труду или коллективу. Только устойчивость и постоянство активных отношений позволяет личности поддерживать собственную надежность и противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и достигать, в конечном счете, поставленных целей, осуществлять реализацию своих намерений<sup>2</sup>.

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здо-

---

<sup>1</sup> См.: Личко, А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии [Текст] / А. Е. Личко. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова С.С. – 19977. – № 2. – С. 1883-1888.

<sup>2</sup> Психология здоровья [Текст] : учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с.

ровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Отношение к здоровью – один из элементов самосохранительного поведения. Обладая всеми характеристиками, присущими психическому отношению, оно содержит три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий.

*Когнитивный компонент* характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как повреждающее, так и укрепляющее влияние на здоровье человека и т. п.

*Эмоциональный компонент* отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека.

*Мотивационно-поведенческий компонент* определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности/неадекватности отношения к здоровью могут служить:

- *на когнитивном уровне* – степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, знание основных факторов риска и понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия;
- *на эмоциональном уровне* – оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;
- *на мотивационно-поведенческом уровне* – высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены;
- соответствие *самооценки* индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья.

Следует отметить парадоксальный характер отношения к здоровью современного человека, т. е. несоответствие между потребностью человека в хорошем здоровье, с одной стороны, и его усилиями, направленными на сохранение и укрепление своего физического и

психологического благополучия – с другой. По-видимому, истоки несоответствия кроются в том, что формированию адекватного отношения человека к собственному здоровью препятствует целый ряд причин<sup>1</sup>:

*Потребность в здоровье актуализируется, как правило, в случае его потери или по мере утраты.* Здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, как сам собой разумеющийся факт, не видя в нем предмета особого внимания. В состоянии полного физического и психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из поля его зрения. Он верит в его нерушимость и не считает нужным предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению здоровья.

*Действие механизмов психологической защиты, цель которых – оправдание нездорового поведения.* В сфере здоровья наиболее распространены такие виды психологических защит, как отрицание и рационализация. Механизм действия психологической защиты по типу отрицания заключается в блокировании негативной информации. Рационализация в основном используется для оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне.

*Установка на пассивное отношение к здоровью.* Причина такой установки кроется в недостатке необходимых знаний о здоровье, о способах его формирования, сохранения и укрепления.

*Влияние прошлого опыта человека.* Значительная часть самосохранительного поведения определяется и опосредуется представлениями (или убеждениями) человека о здоровье, которые формируются в процессе индивидуального развития. Это обусловлено избирательностью восприятия, благодаря которой вся информация, не соответствующая сложившимся убеждениям человека, просто не воспринимается им или подвергается критике.

*Эффект теории реактивности* проявляется при планировании, разработке и оценке эффективности рекламы здорового образа жизни, которая часто строится не на пропаганде сохраняющих здоровье форм поведения, а на запрете «нездоровых» привычек. Основная идея теории реактивности заключается в следующем: когда люди чувствуют, что их свобода поступать по своему желанию находится в опасности, у них возникает неприятное состояние реактивности, а избавиться от него можно, лишь совершив запретный поступок.

---

<sup>1</sup> Психология здоровья [Текст] : учебник для вузов / под ред Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с.

*Особенности социального микро- и макроокружения.* В рамках теории социального научения Альберта Бандуры социальное одобрение рассматривается как чрезвычайно сильный мотивирующий фактор, заставляющий людей терпеть даже физический дискомфорт, если они рассчитывают на то, что их поведение вызовет одобрение других людей, значимых для них.

*Действие эффекта задержанной обратной связи* одна из главных причин негигиенического поведения людей, пренебрежения ими правилами здорового образа жизни. Этот эффект проявляется в том, что люди предпочитают не обременять себя работой над собственным здоровьем, поскольку результат от затраченных усилий не сразу заметен, очевиден. Проблема коррекции нездорового поведения также осложняется действием вышеназванного эффекта: нездоровое поведение часто приносит мгновенное удовольствие, а долговременные негативные последствия таких поступков кажутся далекими и маловероятными.

*Отсутствие государственной политики в области здоровья.* Время от времени появляется «мода» на здоровье, но нет попыток поставить задачу сохранения и укрепления здоровья в долгосрочной перспективе как государственную проблему.

Коррекция неблагоприятных особенностей того или иного отношения, как известно, – длительный и часто болезненный для личности процесс, сопряженный с преодолением внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний. В связи с этим особое значение приобретает целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью на ранних этапах развития личности: в процессе воспитания в семье и обучения в младшей школе.

Теоретические положения концепции «психологии отношения» положены в основу первичной и вторичной профилактической работы, что представлено в настоящем учебном пособии при рассмотрении технологий, содержания и методики социально-медицинской работы с различными контингентами, нуждающимися в коррекции самосохранительного поведения.

### **«Качества жизни» как интегральная характеристика реабилитационной социально-медицинской работы**

Медицина XXI века полна парадоксов и противоречий. С одной стороны она характеризуется сохранением классических основ искусства врачевания, с другой стороны – опирается на последние достижения компьютерных технологий, иммунологии, молекулярной генетики. При этом несомненные успехи в диагностике и лечении ряда заболеваний сочетаются с полной несостоятельностью в терапии достаточно

большого круга заболеваний в онкологии, гематологии, кардиологии, психиатрии и др.

В конце XX века в России появились первые научные исследования качества жизни, связанного со здоровьем. По мнению ученых, достижение эффекта качества жизни может быть основной и единственной целью медико-социальных вмешательств у большого числа больных, даже при отсутствии положительной динамики со стороны клинико-функциональных показателей.

Человек с ограниченными возможностями либо потерял, либо никогда не имел физической возможности для установления и поддержания отношений, контактов, инициатив, социального положения, доступных здоровым лицам. Он в значительной степени зависим от ближайшего окружения и от реабилитационной службы, которые общими усилиями могут обеспечить ему помощь в достижении оптимального уровня функционирования на основе понятия «качество жизни».

Привлечение принципов методологии качества жизни позволяет преодолеть не только линейность мышления, но и вывести процесс реабилитации из чисто медицинской иерархии в плоскость межведомственной интеграции. Состояние здоровья для человека, имеющего ограниченные возможности, является частью общественного здоровья и может удерживаться, устойчиво воспроизводиться в течение длительного промежутка времени, только если оно будет опираться на осознаваемое ощущение границы, предлагаемой социумом и отделяющей здоровье от болезни. Сегодня цель реабилитации это не просто сохранение жизни, а оптимизация и даже максимизация ее качества в границах инвалидности или возможностей пациента.

В настоящее время система охраны здоровья взяла на себя не только многие социальные функции, но и становится своего рода ядром осуществления социальной идеологии, в том числе в формировании качества жизни, в которой постепенно должна сложиться методология отражения медико-социальных явлений в соответствии с потребностями человека в познании того, как использовать в своих целях те или иные достижения социума, которые ограничивают или наоборот усиливают интеллектуальную и физическую активность, самочувствие (внутренне ощущение благополучия), влияют на здоровье и способствуют предупреждению нежелательных тенденций в дальнейшем развитии медицины.

В клинической медицине критериями эффективности лечения являются объективные данные, полученные в ходе лабораторного и физикального исследования. Так, эффективность лечения анемии оце-

нивают по уровню гемоглобина, а СПИДа и рака – по ответу на лечение и выживаемости. Во многих случаях оценка эффективности по объективным данным является справедливой. Однако в ряде клинических ситуаций при оценке качества жизни больного результаты оказываются неожиданными. Несмотря на то, что традиционные медико-биологические параметры часто являются основными критериями эффективности лечения, они не учитывают самочувствия больного и его функционирования в повседневной жизни. При определенных заболеваниях оценка пациентом своего состояния является самым важным показателем здоровья.

Качество жизни характеризует комфорт в удовлетворении человеческих потребностей. Понятия *комфортность*, *удовлетворенность* и др. часто используют для обозначения душевного, или *субъективного благополучия*. Прослеживается тесная взаимосвязь и взаимовлияние субъективного благополучия-неблагополучия весьма значимо для здоровья и субъективного мира личности. Оно интегрирует в себе целый ряд ощущений и переживаний, связанных с различными сторонами бытия человека. Л. В. Куликов, рассматривая субъективное благополучие как сложное интегрированное переживание, выделяет в нем пять компонентов.

1. *Социальное благополучие* связано с удовлетворенностью своим социальным статусом и межличностными отношениями в микросоциальном окружении. Социальное благополучие человека основывается на таких параметрах социальных отношений, как социальная интеграция, возможность подтверждения своей социальной значимости, чувства социального признания, надежности партнеров по общению, возможности получения социальной поддержки.

2. *Духовное благополучие* – осознание и конструктивное переживание смысла своей жизни, вера в благосклонность судьбы или высших сил в реализации личностных потенциалов на жизненном пути.

3. *Физическое благополучие* – ощущение физического здоровья и телесного комфорта.

4. *Материальное благополучие* – удовлетворенность материальной стороной своей жизни, материальной обеспеченностью, надежностью финансового состояния.

5. *Психологический (душевный) комфорт* – переживание гармонии чувств и желаний, ощущение внутреннего равновесия.



Переживание субъективного благополучия – тончайший индикатор переходных состояний от здоровья к болезни и наоборот, поэтому оно становится важным показателем динамики состояния здоровья.

По определению ВОЗ (1999), *качество жизни* – оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. В нашей стране под качеством жизни чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

Среди клиницистов наиболее распространено мнение, что качество жизни является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на благополучие человека. Качество жизни, связанное со здоровьем, характеризует, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения.

Качество жизни – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер современного общества, так как конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека. Возможность получить точную информацию о показателях качества жизни индивидуума, группы людей, популяции позволяет дать достоверную оценку качества жизни общества в его различных срезах в динамике, определяя эффективность многочисленных реформ и программ, направленных на повышение уровня благополучия и улучшения качества жизни населения.

Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

Определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, социального и психологического благополучия человека, а не просто отсутствие заболеваний или физических дефектов».

А. А. Новик, Т. И. Ионова (2002) выделяют три основных составляющих концепции качества жизни.

*Многомерность.* Качество жизни включает в себя информацию

об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной, экономической. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты связанные и не связанные с заболеванием и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

*Изменяемость во времени.* Качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

*Участие больного в оценке своего состояния.* Эта составляющая качества жизни, сделанная самим больным, является особенно важной, служит ценным и надежным показателем его общего состояния.

Сферы применения исследования качества жизни в практике социально-медицинской работы достаточно обширны. К наиболее важным относятся следующие:

- стандартизация методов исследования;
- экспертиза новых методов лечения;
- обеспечение мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;
- разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания;
- проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;
- разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины;
- обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ;
- повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов;
- экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей как «цена-качество», «стоимость-эффективность» и др.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЕ

### Понятие профилактики в социально-медицинской работе

В основе укрепления и охраны здоровья населения лежит *профилактика заболеваний* – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Термин «профилактика» встречается в целом ряде научных дисциплин: медицине, юриспруденции, экономике, экологии, педагогике и социальной работе. Анализ определений, которые дают представители различных наук, позволяет сделать вывод об отсутствии единого определения данного термина.

В социологии профилактику понимают двояко – в узком и широком значении. В узком смысле – как «систему мер, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней, направленных на улучшение показателей физического здоровья населения, сохранение трудоспособности, и обеспечения долголетия»<sup>1</sup>. В широком смысле профилактика – это «совокупность государственных общественных социально-медицинских и организационно-воспитательных мер, направленных на предупреждение социальных отклонений в поведении».

Психологи рассматривают профилактику как «совокупность психологических способов и приемов формирования адекватного отношения к здоровью» и как «методы формирования такого образа жизни и направленности личности, при которой сводится к минимуму возникновение отклонений в поведении индивида»<sup>2</sup>.

В социальной работе термин «профилактика» трактуется как «научно-обоснованные и своевременно предпринятые действия, направленные на:

- предотвращение физических, психологических, социально-культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска;
- сохранение, поддержание и защиту нормального качества жизни и здоровья людей;

---

<sup>1</sup> Социологический энциклопедический словарь [Текст] / под ред. В. И. Покровского. – М., 1993. – с. 364.

<sup>2</sup> Словарь практического психолога. [Текст] / сост. С. Ю. Головин. – Минск, 1998.

- содействие индивидам в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов».

Система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения, называется *медицинской профилактикой*. По отношению к населению она бывает индивидуальной, групповой и популяционной (массовой). *Индивидуальная* профилактика – это проведение профилактических мероприятий с отдельными индивидуумами, *групповая* – с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска (целевые группы), *популяционная* профилактика охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом.

Кроме того, различают первичную, вторичную и третичную профилактику, или реабилитацию (восстановление здоровья).

*Первичная профилактика* – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

Первичная профилактика включает в себя различные компоненты:

- принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха и других факторов, влияющих на качество жизни);

- проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;

- формирование здорового образа жизни;

- меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, дорожно-транспортного травматизма, инвалидизации, а также смертности (исключая естественную);

- выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения уровня факторов риска;

- проведение иммунопрофилактики различных групп населения;

- оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Таким образом, одним из важнейших компонентов первичной профилактики является формирование здорового образа жизни.

*Здоровый образ жизни* представляет собой категорию общего понятия «образ жизни» и включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Формирование здорового образа жизни включает:

- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии на здоровье всех негативных факторов и возможностях уменьшения этого влияния;
- санитарно-гигиеническое воспитание;
- снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;
- привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

*Вторичная профилактика* представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Вторичная профилактика включает в себя:

- целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;
- диспансерные медицинские осмотры с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;
- курсы профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения;
- проведение медико-психологической адаптации к изменившейся ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;

- мероприятия государственного, экономического, медико-социального характера, направленные на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например, производство продуктов лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений, создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т. д.).

*Третичная профилактика, или реабилитация* – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Медицинская профилактика, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями, а включает в себя комплексные программы профилактики или массовые кампании по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

### **Понятие реабилитации в социально-медицинской работе**

В ходе проведения реабилитационной деятельности специалист по социальной работе участвует в различных видах реабилитации.

*Социальная реабилитация* это комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных больным или инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья. К социальной реабилитации можно отнести усилия общества, направленные на поддержание больным или инвалидам оптимального образа жизни. Цель социальной реабилитации – восстановление социального статуса, статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение самостоятельности и материальной независимости. Социальная реабилитация включает в себя меры социальной защиты по поддержанию определенного уровня жизни за счет выплат средств социального страхования по случаю болезни и пенсий по инвалидности, предоставление пособий и льгот, предоставления услуг, жилья с учетом законодательно установленных государством социальных гарантий по социальному обеспечению. Важным элементом социальной реабилитации является обеспечение правовой защиты, направленной на защиту прав и интересов человека и гражданина, в отдельных случаях на ограждение общества от социально опасных действий, например, психических больных, больных ВИЧ-инфекцией и т. д.

Социальную реабилитацию в более узком смысле подразделяют на *социально-бытовую* и *социально-средовую*. Социально-бытовая реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на развитие навыков у пострадавшего, обеспечивающих возможность самообслуживания. Проводится специалистами-реабилитологами путем обучения больного приемам использования различных приспособлений и аппаратов, позволяющих ему обходиться без посторонней помощи. Социально-средовая реабилитация включает мероприятия по переоборудованию жилища, реконструкции учреждений соцкультбыта, создание безбарьерной и безопасной среды жизнедеятельности, приспособление инфраструктуры городов и сельских населенных пунктов к функциональным особенностям инвалида.

*Педагогическая реабилитация* – деятельность в отношении больного ребенка или ребенка-инвалида и его семьи, ближайшего социального окружения, направленная на получение оптимального воспитания, образования с учетом состояния здоровья и трудового прогноза.

*Профессиональная реабилитация* – подготовка больного или инвалида к конкретной трудовой деятельности с учетом его способностей и возможностей. Проводится специалистами по трудовому обучению при активном участии врача. В ходе профессиональной реабилитации достигается приобретение профессии или восстановление профессиональной трудоспособности, обучение новым профессиям, доступным по состоянию здоровья. Профессиональная реабилитация включает в себя *профессиональную ориентацию, профессиональное образование, трудоустройство или трудовую занятость*. Она предусматривает переобучение или обучение доступным формам труда, мероприятия, направленные на профессионально-производственную адаптацию, приспособление рабочего места к функциональным возможностям больного на его прежнем предприятии, организацию специальных цехов и предприятий для инвалидов с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем.

*Психологическая реабилитация* – изучение биогенных, социогенных и психогенных элементов личности больного, его интересов и установок, отношения к болезни с целью определения потенциальной и фактической социальной роли и рационального использования остаточной трудоспособности. Задачами психологической реабилитации являются:

- формирование адекватного отношения к заболеванию;
- формирование активного позитивного отношения к рекомендуемым восстановительным мероприятиям;

- формирование адекватных ожиданий от результатов реабилитации;
- снятие невротических и неврозоподобных расстройств, препятствующих адаптации инвалида в обществе;
- коррекция эмоциональных и интеллектуальных расстройств, связанных с патогенезом заболевания, не позволяющим инвалиду адекватно отражать действительность, осваивать социальные роли и полноценно жить.

*Медицинская реабилитация* (восстановительное лечение) – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья больного, функциональных возможностей его организма. Медицинская реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации и может проходить параллельно с любыми другими видами реабилитации. К методам медицинской реабилитации относятся фармакотерапия и лечение средствами народной медицины, диетическое питание, лечебная физкультура, методы физического воздействия, санаторно-курортное лечение. Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление психического и соматического здоровья или возможное замедление развития заболевания, предупреждение обострений и рецидивов. Целью медицинской реабилитации является определение степени потери и степени восстановления трудоспособности, заключение о клиническом и трудовом прогнозе, разработка и осуществление мероприятий и условий, необходимых для восстановления трудовой деятельности и общественного положения больного.

В последнее время большое значение приобретает *спортивная реабилитация*, которая способствует укреплению физического здоровья, улучшению психического состояния, выработке положительных установок в повседневной жизни.

Способы реабилитации во всех областях медицины зависят от характера болезни, ее последствий, от особенности личности больного и его социальных условий. Разновидности этой деятельности разнообразны.

М. М. Кабановым сформулированы четыре принципа реабилитационного воздействия.

- Принцип партнерства, содержанием которого является активное включение самого больного в лечебно-реабилитационный процесс, привлечение его к участию в восстановлении нарушенных болезнью функций, социальных связей.
- Принцип разносторонности усилий с целью реализации реабилитационной программы; реабилитация понимается как сложный



процесс, объединяющий усилия врача и сотрудничающих с ним специалистов, и пациента, направленные на различные сферы функционирования последнего.

- Принцип единства биологических и психосоциальных воздействий; реабилитация, будучи не только социальной, но и клинической проблемой, требует для своей реализации учета, как психологической сущности, так и биологической сущности болезни.

- Принцип ступенчатости проводимых воздействий и мероприятий; дифференцированный подход, многоступенчатость характерны для всех слагаемых реабилитационного процесса.

Для оценки прогноза реабилитационной работы используется понятие *реабилитационного потенциала*, в структуре которого выделяют:

- саногенетический потенциал (возможность человека к восстановлению или компенсации нарушенных функций);

- психофизиологический потенциал (возможность использования развития и адаптации сохранившихся функциональных особенностей для компенсации утраченных социальных функций);

- личностный потенциал (возможность и способность активно участвовать в реабилитационном процессе);

- образовательный потенциал (возможность овладения общеобразовательными и профессиональными знаниями, умениями);

- социально-бытовой потенциал (возможность улучшения способности к самообслуживанию и самостоятельному проживанию);

- профессиональный (трудовой) потенциал (возможность достижения поставленных целей в трудоустройстве и сохранении рабочего места);

- социальный потенциал (возможность восстановления социального статуса или формирования нового статуса);

- социально-средовой потенциал (возможность адаптации к условиям общественной жизни).

В «классификации и временных критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы», утвержденных Министерством труда и социального развития РФ, *реабилитационный потенциал* определен как комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовывать его потенциальные способности.

Предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала рассматривается в качестве реабилитационного прогноза.

Считается целесообразным осуществлять реабилитацию в три этапа, причем во времени они могут перекрываться.

1. Этап восстановительного лечения.
2. Этап социализации и ресоциализации.
3. Этап социальной интеграции или реинтеграции.

Организационной основой реабилитации инвалида, которую обязуется сформировать государство, должна служить Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов – гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета. До настоящего времени Правительство РФ не определилось с концепцией, а тем более с содержанием и порядком реализации указанной Программы. Значительно более активно идет разработка базовых программ реабилитации отдельных категорий инвалидов. Эти программы не носят характер государственных обязательств.

В соответствии с ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.) каждый гражданин в ходе медико-социальной экспертизы имеет право на составление и реализацию индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая для инвалида имеет рекомендательный характер. ИПР – разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, а также способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

При работе с инвалидами должны соблюдаться следующие принципы реабилитационного процесса:

- своевременность (максимально раннее начало);
- адресность;
- комплексность, последовательность;
- доступность;
- направленность на достижение экономической и социальной независимости;
- непрерывность;
- безопасность;
- возможность адекватной однозначной оценки результатов инвалидом, специалистами социальных служб и представителями органов государственной власти;
- гуманистический характер.

Оптимальной формой проведения реабилитационных мероприятий в пределах региона является комплексная программа реабилитации инвалидов, в которой должны быть предусмотрены мероприятия, позволяющие инвалидам региона получить рекомендованные им в ИПР реабилитационные услуги. Комплексная программа реабилитации должна предусматривать:

- развитие материально-технической базы для проведения реабилитационных мероприятий;
- разработку нормативно-методических документов, определяющих единство и преемственность методических подходов к выполнению ИПР;
- разработку мероприятий по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности;
- меры по созданию и сохранению рабочих мест для инвалидов;
- подготовку специалистов для службы реабилитации инвалидов;
- создание предприятий реабилитационной индустрии.

Сложившаяся в России система социальной защиты инвалидов ориентирована на доминирующую роль в этой сфере государственных структур. В качестве органов, определяющих инвалидность, определены бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ). Основная задача экспертов МСЭ – установить, соответствует ли болезнь и степень ее тяжести, социальные условия, в которых находится гражданин, критериям, которые дают право на установление инвалидности (социальной помощи). Болезнь устанавливается в учреждениях здравоохранения, а социальная недостаточность – в учреждениях социальной защиты.

### **Реабилитационные ресурсы личности в социально-медицинской работе**

На социальном уровне предметом реабилитационной работы выступают возникающие противоречия между человеком с ограниченными возможностями (или группой людей) и обществом, вызванные определенными характеристиками объекта реабилитации и (или) особенностями социальной среды (субъектов реабилитации). Их несоответствие выливается в неразрешенные проблемы, кризисные ситуации.

Современное узаконенное определение *реабилитации* включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является быстрее и наиболее полное восста-

новление утраченных человеком функций, личного и социального статуса.

В практике социально-медицинской работы *реабилитация* – понимается как система, направленная на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий с учетом как клинико-биологических, так и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза. Объединение медицинской, психологической и социальной модели во взглядах на человека является методологической установкой позволяющей избежать альтернативного противопоставления социального и биологического в понимании целей и задач реабилитации.

В соответствии со «Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов» реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и (или) социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым, предоставляя им средства, призванные изменить жизнь и расширить рамки независимости.

Врожденная патология, травматизация или другие трагические ситуации, приводящие к инвалидности, становятся причиной продолжительной стрессовой ситуации. Наиболее характерными переживаниями в такой трагической ситуации являются: чувство вины, боязнь огласки, переживание неадекватных реакций окружающих, страх перед предстоящим операционным лечением, установление инвалидности, неуверенность в будущих социальных перспективах и др. Патология становится причиной ситуационно-ролевых конфликтов, непреходящих чувств вины, стыда, стойких неврозов и депрессий.

В ходе осуществления практики социально-медицинской работы следует учитывать характерологические типы личности. А. Е. Личко и Н. Я. Иванова, изучая многообразие индивидуально-психологических проявлений отношения различных людей к состоянию болезни, предлагают различать 12 типов.

1. Г а р м о н и ч н ы й . Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприят-

ном прогнозе – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

2. **Э р г о п а т и ч е с к и й**. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стремление продолжать работу. Сверхответственное, одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев, выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением, во что бы ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. **А н о з о г н о з и ч е с к и й**. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами». При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. **Т р е в о ж н ы й**. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов». В большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем фиксация на субъективных ощущениях. Предпочитают слушать высказывания других. Настроение тревожное, угнетенность вследствие этой тревоги. Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. **И п о х о н д р и ч е с к и й**. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

6. **Н е в р а с т е н и ч е с к и й**. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. **М е л а н х о л и ч е с к и й**. Удрученность болезнью; неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. **А п а т и ч е с к и й**. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

9. **С е н с и т и в н ы й**. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

10. **Э г о ц е н т р и ч е с к и й**. «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

11. **П а р а н о й л ь н ы й**. Уверенность, что болезнь результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. **Д и с ф о р и ч е с к и й**. Доминирует мрачно-озлобленное настроение, постоянный угрюмый вид. Зависть и ненависть к здоровым. Вспышки крайней озлобленности со склонностью винить в своей болез-

ни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

Неблагополучие психологического климата усиливается под влиянием материальных проблем. Недостаточная материальная обеспеченность объясняется не только общим низким уровнем жизни в настоящее время, но и тем, что расходы на медицинские и иные услуги не согласуются для большинства людей с возможностями их удовлетворения.

Источники перечисленных выше психологических, экономических, и иных проблем кроются, с одной стороны, в объективных причинах, а с другой стороны, в субъективных факторах личности. К субъективным факторам относится уровень реабилитационного ресурса личности, складывающийся из реабилитационной культуры, реабилитационной активности и отношения к патологическому состоянию. Эти характеристики являются специфическими составляющими внутренних ресурсов, влияющие на адаптивные возможности индивида.

*Реабилитационная культура* представляет собой специфическую систему ценностей, идей, знаний и навыков, помогающих решать конкретные задачи реабилитационного процесса.

Один из компонентов реабилитационной культуры *аксиологический*. Основу его составляют идеи и ценности философии независимой жизни, которая трактует проблемы человека, имеющего ограниченные возможности, не с точки зрения его патологии, а в свете его гражданских прав и ориентирует на изменение окружающей среды и общественного сознания.

*Независимая жизнь* – это право человека быть неотъемлемой частью общества и принимать активное участие в социальных, экономических и политических процессах, это возможность самому определять и выбирать такой образ жизни, который позволяет самостоятельно принимать решения, управлять жизненными ситуациями.

Наряду с философией независимой жизни и идеями социальной компенсации ограниченных возможностей человека аксиологическим основанием реабилитационной культуры должны быть гуманистические идеи, расценивающие человеческую жизнь как величайшую ценность.

Таким образом, аксиологический компонент реабилитационной культуры составляют идеи и ценности философии независимой жизни, идеи компенсаторного развития, гуманистические принципы и ценности.

Другой *когнитивный* элемент включает знания из различных об-

ластей науки и практики, способствующие выполнению задач реабилитационного процесса. К ним относятся:

- медико-биологические знания о патологии, ее причинах и следствиях; о продолжительности и содержании лечения; возможном риске и осложнениях в ходе лечения и др.;
- гигиенические знания;
- социально-правовые знания о порядке установления инвалидности, о правах и льготах, с ней связанных; о возможных источниках материальной помощи и др.;
- психотерапевтические знания о стадиях протекания стресса и его последствиях; о механизмах саморегуляции и методах психотерапии;
- психолого-педагогические знания о создании ситуации успеха в общении и обучении и пр.

Третий важный элемент реабилитационной культуры *праксиологический* включает разнообразные умения и навыки:

- психогигиенические (уметь преодолевать стрессовые ситуации);
- коммуникационные (уметь налаживать отношения, разрешать конфликты в семье и с ближайшим окружением);
- педагогические (владеть навыками педагогической коррекции);
- социальное адвокати́рование (уметь защищать собственные интересы);
- лечебные (владеть некоторыми лечебными методиками).

Критериями определения уровня реабилитационной культуры выступают параметры:

- представления о целях реабилитационного процесса и о своей роли в нем;
- готовность к решению задач текущего этапа реабилитации;
- познавательная активность;
- субъективная оценка достигнутых результатов в реабилитации (в сравнении с объективными оценками специалистов).

Если индивид отводит себе пассивную роль в реабилитации (иждивенческая позиция), склонен перекладывать ответственность на официальные учреждения, неадекватно оценивает состояние здоровья и его прогноз, не имеет ясного представления о задачах реабилитационного процесса и соответственно не готов к их выполнению, то реабилитационная культура – низкая.

Если индивид в своих поступках следует принципам независимой жизни, разделяет идеи компенсаторного развития, проявляет ответ-



ственность и целеустремленность в решении реабилитационных задач, активно пополняет запас необходимых умений и навыков, то в этом случае его реабилитационную культуру мы оцениваем как высокую.

Руководствуясь принципами независимой жизни, идеями компенсаторного развития, гуманистическими ценностями человеческой жизни, владея знаниями и умениями из различных областей медицины, гигиены, психологии, педагогики, права и др., индивид может успешнее решать встающие перед ним экономические, психологические и прочие проблемы, т. е. реабилитационная культура является важнейшим средством повышения внутренних адаптивных возможностей.

Той же задаче отвечает и *реабилитационная активность*, которая, как и реабилитационная культура, выступает в качестве специфического средства реабилитационных ресурсов личности.

Под реабилитационной активностью понимают усилия, направленные на сохранение и восстановление здоровья, социализацию (ресоциализацию) объекта реабилитации.

Реабилитационная активность включает в себя:

- активность в поиске источников медицинской помощи, своевременность, последовательность и тщательность в выполнении медицинских рекомендаций, поддержание регулярных контактов с оздоровительными учреждениями;
- собственно социальная активность, т. е. ее настойчивость в поиске источников поддержки как материальной, так и моральной, стремление эффективно разрешать возникающие трудные жизненные ситуации, предпочтение пассивной позиции «жертва» жизненной стратегии «победитель».

Реабилитационная активность может быть оценена как высокая, средняя и низкая. Объекты с высокой реабилитационной активностью целеустремленны, последовательны, предприимчивы и настойчивы в своих действиях. Они готовы находить и использовать все возможности для улучшения положения. Активность проявляется по вышеперечисленным направлениям. Высокая активность – неперенное условие своевременного и успешного решения реабилитационных задач.

Объекты со средней реабилитационной активностью непоследовательны, малоинициативны, у них отсутствует всесторонность усилий, начатое не доводится до конца.

Объекты с низкой активностью занимают позицию «жертвы», процесс реабилитации протекает медленно, с большими перерывами, характерно оттягивание ответственных действий: предстоящей операции и др. Такие индивиды способны справиться с задачами реабилитации только при условии постоянного давления и контроля извне.

Конструктивное отношение к состоянию ограниченной жизнедеятельности предполагает, что:

- факт наличия патологии не становится причиной невротоподобных, депрессивных состояний; уровень требований и контроля не является заниженным или завышенным в связи с имеющейся проблемой;
- внимание обращено на пути решения проблемы; болезнь воспринимается не как препятствие и ограничение, а как новое условие и другие возможности по сравнению с ожидаемыми и общепринятыми.

В условиях, когда реальное состояние нашего общества не отвечает гуманистическим принципам в отношении к инвалидам социально-медицинская работа выступает средством социокультурной реабилитации, помогает передать опыт конструктивных решений.

Повышая реабилитационную культуру и реабилитационную активность, изменяя отношение, специалист социальной работы тем самым способствует росту адаптивных возможностей, актуализации внутренних ресурсов, а значит, и решению имеющихся проблем, профилактике кризисных ситуаций.

Специалист социальной работы не решает проблемы за своего клиента, он помогает ему сделать это самому, привлекая, насколько возможно, внешние ресурсы, а главное, активизируя внутренние ресурсы клиента.

### **Социально-медицинские основы экспертизы трудоспособности и реабилитации**

*Организация и правовые основы экспертизы трудоспособности в учреждениях социальной защиты и здравоохранения.*

Экспертиза – профессиональное исследование и решение специалистом-экспертом или группой специалистов какого-либо вопроса, требующего специальных знаний. В вопросах определения состояния здоровья, естественно первостепенное значение имеет медицинская экспертиза.

Учитывая социальную сущность природы человека, его здоровья и болезни, обоснованно проводится медико-социальная экспертиза трудоспособности как государственная функция в Российской Федерации.

Медицинская экспертиза – освидетельствование и оценка трудоспособности человека, проводимые врачами лечебно-профилактических учреждений и специальными организациями.

К компетенции медицинской экспертизы относятся:

- экспертиза временной нетрудоспособности;

- медико-социальная экспертиза (МСЭ);
- военно-врачебная экспертиза;
- судебно-медицинская экспертиза.

Российским законодательством определены единые органы экспертизы трудоспособности: лечебно-профилактические учреждения независимо от ведомственной принадлежности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности; органы социальной защиты населения различных территориальных уровней, профсоюзные органы.

Правовые основы экспертизы трудоспособности определены законодательством РФ, инструктивными документами. Основными понятиями сущности экспертизы нетрудоспособности являются – объект исследования, трудоспособность, нетрудоспособность, инвалидность.

*Объект экспертизы трудоспособности* – исследование трудоспособности человека с нарушенным здоровьем в результате болезни или увечья.

*Трудоспособность* – социально-правовая категория, отражающая способность человека к труду в зависимости от уровня психофизиологического, физического развития, состояния здоровья, профессиональных знаний и умений. Различают общую и профессиональную трудоспособность. *Общая трудоспособность* это возможность человека к неквалифицированному труду в обычных жизненных условиях. *Профессиональная трудоспособность* – способность и возможность выполнять работу по своей профессии (специальности) и квалификации в соответствующих условиях. *Полная общая трудоспособность* – способность выполнять неквалифицированную работу в нормальных условиях труда. *Полная профессиональная трудоспособность* – способность выполнять все трудовые функции по имеющейся профессии или занимаемой должности в производственной деятельности.

*Частичная трудоспособность* – способность к профессиональному или неквалифицированному труду, сохранившихся у человека после заболевания или травмы возможностей. Степень утраты профессиональной и общей трудоспособности определяют объем частичной трудоспособности. При *частичной профессиональной трудоспособности* человек может выполнять часть трудовых операций по своей или адекватной ей квалификации и оплате профессии, или все трудовые функции в облегченных условиях труда, или работу менее квалифицированной профессии. *Частичная общая трудоспособность* – способность выполнять в ограниченном объеме или в облегченных условиях неквалифицированную работу.

*Нетрудоспособность* – состояние здоровья, когда работник не может выполнять трудовые функции вследствие медицинских или со-

циальных противопоказаний. Экспертиза нетрудоспособности имеет, прежде всего, юридическое значение, так как она гарантирует пострадавшему человеку материально-денежное пособие за счет средств социального страхования, бесплатное лечение в объеме обязательного медицинского страхования и трудоустройство.

Экспертиза трудоспособности решает практические задачи:

- обоснованная оценка состояния трудоспособности человека при различных заболеваниях, травмах, анатомических дефектах;
- установление факта нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социально-медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
- определение степени утраты трудоспособности – временная, стойкая (постоянная, длительная);
- установление причин нетрудоспособности для определения размеров пособий пенсий и других видов социального обеспечения;
- рациональное трудоустройство человека;
- определение трудовых рекомендаций инвалидам, что способствует реабилитации;
- изучение причин заболеваемости и инвалидности;
- определение видов медико-социальной помощи при временной нетрудоспособности и инвалидности;
- проведение профессиональной и социальной реабилитации.

При проведении экспертизы трудоспособности выделяют медицинские и социальные критерии. *Медицинские критерии* представляют, прежде всего, полный обоснованный клинический диагноз с учетом структурно-функциональных нарушений, анализа текущего и отдаленного лечения, тяжести течения заболевания, его стадий и осложнений. *Социальные критерии* – все, что связано с профессиональной деятельностью больного (обследуемого), в частности организация, ритм работы, профессиональные условия, степень нервно-психического и физического напряжения, общее и локальное действие производственных факторов.

В зависимости от длительности различают временную и стойкую утрату трудоспособности. *Временная нетрудоспособность* – это состояние человека, обусловленное заболеванием, травмой, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и иных случаев, установленных законодательством РФ. Временная нетрудоспособность подразделяется на полную и частичную. Полная нетрудоспособность устанавливается в случаях, когда нет возможности выполнения любого труда на определенный срок и необходим специальный режим. Частичная временная

нетрудоспособность устанавливается в отношении обычной профессиональной работы, при наличии работоспособности в других условиях с обремененным режимом или меньшим объемом.

Временная нетрудоспособность устанавливается на период болезни до восстановления здоровья, или до выявления стойкой нетрудоспособности. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в учреждении здравоохранения врачом или комиссией врачей в соответствии с «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» от 01.12.1994 г., № 713 и «Положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях» от 13.01.1995 г., № 5. Временная нетрудоспособность удостоверяется документом – листком нетрудоспособности («больничный лист») или справкой лечебно-профилактического учреждения.

Ведущим признаком временной нетрудоспособности является обратимый (переходный) характер нарушенного состояния организма больного и возможность возвращения к работе. Срок временной нетрудоспособности исчисляется днями, неделями, но не более 10 месяцев, как исключение до 12 месяцев (при туберкулезе). Ведущим является прогноз клинический и трудовой. Клинический прогноз зависит от причины болезни, тяжести течения патологического процесса, сопутствующих нарушений функций организма и осложнений. Трудовой прогноз определяется степенью утраты профессиональных навыков, квалификации, специальности, должности. Клинико-трудовой прогноз может быть благоприятным или неблагоприятным.

Благоприятный трудовой прогноз – возможность возвращения больного к прежней работе, или к другой работе, равноценной по квалификации. Неблагоприятный трудовой прогноз – невозможность продолжения профессионального труда. При явном неблагоприятном клиническом или трудовом прогнозе больные направляются на медико-социальную экспертизу независимо от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев.

#### *Организация врачебно-трудовой экспертизы временной нетрудоспособности*

Экспертиза временной нетрудоспособности есть вид медицинской экспертизы, которая оценивает состояние здоровья пациента, эффективность обследования и лечения, возможность осуществления профессиональной деятельности. В соответствии с «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» (от 01.12.1994 г., № 713), действующим законодательством и «Положением об экспертизе временной нетрудоспособности

сти в лечебно профилактических учреждениях «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности»» (от 13.01.1995 г., № 5), установлены уровни экспертизы временной нетрудоспособности:

- первый – лечащий врач;
- второй – клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения;
- третий – клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект РФ;
- четвертый – клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- пятый – главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности Министерства Здравоохранения РФ.

Основная функция отводится лечащему врачу, осуществляющему непосредственный амбулаторный прием, или лечащему больному в стационаре. Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности.

Право выдачи листков нетрудоспособности имеют также врачи туберкулезных санаториев, центров реабилитации, осуществляющих протезирование. В отдельных случаях (труднодоступные сельские районы, районы Крайнего Севера и т.д.) экспертиза временной нетрудоспособности разрешена среднему медицинскому персоналу по решению соответствующего органа управления здравоохранения при наличии лицензии.

В первичных медицинских документах лечащий врач отражает подробно жалобы больного, анамнез и объективные данные обследования, устанавливает (формулирует) диагноз и определяет степень утраты трудоспособности. При необходимости выдает лист нетрудоспособности, назначает дату очередного приема пациента, определяет режим. Первоначальный срок действия больничного листа до 3 дней с последующим продлением еще на 3 дня. Во время эпидемической вспышки гриппа «больничный лист» выдается на 5 дней с последующим продлением на 1 день.

Лечащий врач участвует в работе клинико-экспертной комиссии (КЭК) лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Экспертиза временной нетрудоспособности является функциональной служебной обязанностью заведующего ЛПУ, лечащий врач которого выдал листок нетрудоспособности. Заведующий отделением (или заместитель глав-

ного врача по врачебно-трудовой экспертизе) контролирует обоснованность выдачи и правильность заполнения больничных листов; продлевает больничный лист свыше 6 дней, но не более 10 дней; продлевает больничный лист после выписки из стационара на период долечивания, или по уходу за больным ребенком в стационаре; участвует, или возглавляет работу клинико-экспертной комиссии; консультирует больных; определяет необходимость освобождения студентов от занятий на срок до 2 месяцев; выдает справки на трудоустройство в срок до 2 недель; направляет больного совместно с лечащим врачом на клинико-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу.

Высшим звеном экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ является КЭК (клинико-экспертная комиссия), которая создается при наличии в штате не менее 15 врачей, ведущих амбулаторный прием. КЭК решает вопросы повышения качества медицинского обслуживания, лечения, реабилитации, определения трудоспособности, профессиональной пригодности, снижения уровня заболеваемости и инвалидности.

Полномочия КЭК:

- консультации больных при возникновении трудностей в решении экспертных вопросов;
- контролирует обоснованность выдачи и продления больничных листов;
- продлевает срок действия больничного листа до 4 месяцев единовременно;
- выдает и продлевает больничный лист для специального лечения в другом городе, на недостающие дни к отпуску для санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи (взрослым) на срок не более 3-х дней; при временном переводе на другую работу в случаях профессионального заболевания и туберкулеза (доплатной больничный лист), при направлении на МСЭК (медико-социальную экспертную комиссию);
- обосновывает заключение о трудоустройстве больных;
- направляет на МСЭ больных с выявленными признаками инвалидности;
- рассматривает жалобы и конфликтные ситуации.

Решение КЭК принимается простым большинством голосов, заключение вносится в первичные медицинские документы и в книгу записей заключений комиссии. Копии записей, заверенные печатью ЛПУ, выдаются по требованию пациента или в другие инстанции в установленном порядке.

Временная нетрудоспособность удостоверяется листком нетрудоспособности и справками, установленной формы, которые являются основными правовыми документами. Они имеют юридическое значение: дают право не выходить на работу, дают финансовое право на получение денежного пособия по нетрудоспособности; служат источником медико-статистического анализа (дают возможность изучать здоровье населения).

*К числу видов временной нетрудоспособности, удостоверяемых листком нетрудоспособности относятся следующие.*

- Заболевание, в том числе связанные с ним диагностические и лечебные процедуры, протезирование.

- Травма (все виды).

- Санаторно-курортное лечение.

- Уход за больным (взрослым, ребенком).

- Беременность и роды:

- а) дородовый и послеродовый отпуск, включая усыновление ребенка из родильного дома;

- б) аборт.

- Карантин.

*К числу видов временной нетрудоспособности, удостоверяемых справкой, относятся следующие.*

- Обращение заболевшего в ЛПУ в вечернее и ночное время в отсутствие врача (с явкой к врачу на следующий день).

- Бытовая травма (первые 5 дней)

- Аборт (с 3 дня до 11-го).

- Уход за хроническим больным на дому.

- Уход за здоровым ребенком на дому в случае:

- а) болезни матери;

- б) карантина.

- Уход за больным на дому в случае отказа от госпитализации.

- Заболевание школьника или студента.

- Заболевание вследствие опьянения, или действий, связанных с опьянением.

Право на получение листка нетрудоспособности имеют все работающие граждане, а также:

- граждане РФ и иностранные граждане, в том числе стран СНГ, лица без гражданства, беженцы и вынужденные переселенцы, работающие на предприятиях, в организациях и учреждениях РФ независимо от форм собственности;



- граждане, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительной причине;
- граждане, признанные и безработными и состоящие на учете в территориальных органах труда и занятости населения;
- бывшие военнослужащие, уволенные со срочной службы из Вооруженных Сил РФ, при наступлении нетрудоспособности в течение месяца со дня увольнения.

Не выдается листок нетрудоспособности:

- военнослужащим;
- гражданам, работающим по договору подряда;
- учащимся, студентам, аспирантам, священнослужителям, неработающим, или уволенным с работы;
- находящимся под арестом или на принудительном лечении по решению суда;
- находящимся в отпуске без сохранения заработной платы.

Не имеют права выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность медицинские работники станций скорой медицинской помощи, переливания крови, учреждений судебно-медицинской экспертизы, курортных водогрязелечебниц, домов отдыха, туристических баз, учреждений санэпиднадзора.

#### *Организация медико-социальной экспертизы постоянной нетрудоспособности (инвалидности)*

Из большого количества вопросов, связанных с порядком оказания социальной помощи гражданам в России, одним из самых регламентированных является вопрос признания граждан инвалидами. До 1996 года эту функцию выполняли врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК), преобразованные впоследствии в медико-социальные экспертные комиссии. В состав комиссии медико-социальной экспертизы (МСЭ) были введены специалисты, с правом принимать решения, однако отсутствие квалифицированных кадров в этой сфере остается одной из главных причин неэффективности реабилитационных мероприятий.

В критериях установления инвалидности большую роль играют не только сами ограничения жизнедеятельности, но и их степень – величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья. При освидетельствовании граждан на предмет установления инвалидности *ограничение жизнедеятельности* понимается как отклонение деятельности человека от нормы вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, обще-

ние, контроль над своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Инвалидность складывается из трех компонентов:

- наличие болезни, вызвавшее нарушение функций организма;
- наличие стойкого ограничения функций организма и ограничений жизнедеятельности;
- наличие социальной недостаточности и потребность в социальной помощи.

При определении состояния инвалидности используется следующая классификация нарушений основных функций организма человека.

1. Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).
2. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).
3. Нарушения статодинамической функции.
4. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Комплексная оценка качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

- 1 степень – незначительные нарушения функций;
- 2 степень – умеренные нарушения функций;
- 3 степень – выраженные нарушения функций;
- 4 степень – значительно выраженные нарушения функций.

*К основным категориям жизнедеятельности отнесены.*

1. Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены.

2. Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

3. Способность к обучению – способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными культурными и бытовыми).

4. Способность к трудовой деятельности – способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

5. Способность к ориентации – способность определяться во времени и пространстве.

6. Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

7. Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности выглядит следующим образом.

- *Ограничение самообслуживания:*

1 степень – способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

2 степень – способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень – неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

- *Ограничение способности к самостоятельному передвижению:*

1 степень – способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, подробности выполнения и сокращения расстояния;

2 степень – способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень – неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц.

- *Ограничение способности к обучению:*

1 степень – способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

2 степень – способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

3 степень – неспособность к обучению.

- *Ограничение способности к трудовой деятельности:*

1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

2 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к трудовой деятельности.

- *Ограничение способности к ориентации:*

1 степень – способность к ориентации при использовании вспомогательных средств;

2 степень – способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

3 степень – неспособность к ориентации (дезориентация).

- *Ограничение способности к общению:*

1 степень – способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

2 степень – способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к общению.

- *Ограничение способности контролировать свое поведение:*

1 степень – частичное снижение способности самостоятельно контролировать свое поведение;

2 степень – способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи других лиц;

3 степень – неспособность контролировать свое поведение.

Итогом названных состояний является *социальная недостаточность*. Она может иметь в своей основе различные причины:

- из-за ограничения физической независимости;
- из-за ограничения мобильности;
- из-за ограничения способности к получению образования, к профессиональной деятельности;

- из-за ограничения экономической самостоятельности.

При наличии условий, дающих право на установление гражданину инвалидности, ему определяется не только статус инвалида, но также группа и причина инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид» без определения группы.

В Российской Федерации принято разделять инвалидность на 3 группы в соответствии со степенью ограничения жизнедеятельности. Социальная роль количественного определения группы состоит в различном уровне нуждаемости в мерах социальной защиты инвалидов. Исходя из определения группы, установлены и законодательно закреплены льготы инвалидам. Они выражаются в разной величине пенсии, размеров пособий, компенсаций, лекарственного обеспечения.

В соответствии с условиями, в которых были получены нарушения функций организма, все инвалиды старше 18 лет подразделяются на:

- инвалидов трудового увечья и профессионального заболевания, получивших инвалидность при выполнении трудовых обязанностей;
- инвалидов с детства, у которых причины, вызвавшие инвалидность, действовали на гражданина с рождения и до 18-ти лет.
- инвалидов военной службы, которые получили нарушение функций организма во время военной службы, в том числе в результате выполнения военных обязанностей;
- инвалидов от общего заболевания, получивших инвалидность в результате общего заболевания или травмы.

Официально утвержденными причинами инвалидности являются:

- общее заболевание;
- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- инвалидность с детства;
- инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), связанного с боевыми действиями в период ВОВ;
- военная травма или заболевание, полученные в период военной службы;
- инвалидность, связанная с аварией на ЧАЭС, последствиями радиоактивных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска.

Признание гражданина инвалидом направлено на то, чтобы обеспечить ему социальную защиту, которая включает в себя пенсионное обеспечение, предоставление других видов материальной помощи, пособий и льгот, а также услуг необходимых для реабилитации.

## **БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Э. Гюан и А. Дюссер ввели в оборот понятие «*болезни цивилизации*», подчеркивая, таким образом, что многие болезни, широко распространенные в настоящее время, обусловлены особенностями образа жизни человека в современном обществе. Они выделили 4 категории таких заболеваний:

1. «Болезни загрязнения» (следствие техногенной деятельности индустриальных цивилизаций: отравление почвы, воды, атмосферы).
2. «Болезни истощения» (результат физического и нервно-психического переутомления человека).
3. «Болезни потребления» (нарушение режима и структуры питания, употребление веществ, вызывающих химическую зависимость, злоупотребления лекарственными препаратами).
4. «Болезни обратной инадаптации» (вызванные рассогласованием биологических и социальных ритмов жизнедеятельности человека).

С каждым годом доля вышеуказанных болезней в общей картине заболеваемости растет. В этой связи в начале 1970-х гг. в большинстве западных стран был осуществлен радикальный концептуальный переход в политике охраны здоровья населения. Суть концепции заключается в рассмотрении граждан не как пассивных потребителей медицинских услуг, а в осознании их первичной активной роли, в создании условий, способствующих сохранению здоровья. Эта новая политика, получившая название *Health promotion* (в буквальном смысле – «продвижение здоровья»), сводилась, главным образом, к стимулированию ориентированного на сохранение здоровья поведения в сочетании с широкой системой соответствующих организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки.

### **Адаптационная теория (Теория стресса Г. Селье)**

В переводе с английского слово «стресс» означает «давление», «нажим», «напряжение». В психологии им обозначается обширный круг состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные ситуации, главным образом, неблагоприятные воздействия (ситуация угрозы, опасности, обиды, физического дискомфорта и т. д.).

Впервые научное обоснование стресса как системного явления дал канадский ученый Ганс Селье, определив стресс как неспецифический ответ организма на любое требование, которое к нему предъявляется средой. *Стресс* – это наиболее характерное психическое состоя-

ние, развивающееся под воздействием экстремальных условий жизни. Это естественная и неизбежная особенность жизни, которая до определенных пределов даже благоприятна для человека. Конфликты организма со средой поддерживают в рабочем состоянии биологические механизмы защиты от вредных воздействий, тренируя их. «Полная свобода от стрессов означает смерть», – писал Селье. Но когда стресс переходит оптимальную границу, он истощает психическую энергию и наносит ощутимый вред нашему здоровью, возникает так называемый дистресс (в переводе с английского – горе, бедствие, истощение).

Как правило, стресс проходит в своем развитии три фазы.

*I фаза:* её называют стрессом ожидания или напряжения. Таково состояние студентов перед экзаменом, спортсменов на старте или любого из нас перед ответственной решающей встречей или беседой. Происходит мобилизация всех функциональных систем и резервов психики, всех защитных сил организма. Зачастую напряжение некоторых систем на первой стадии бывает более сильным, чем во время самого стресса. Чем больше волнуется человек на этом этапе, тем менее защищен он в дальнейшем. Растратив энергию, потеряв силы, он становится похожим на спортсмена, «перегоревшего» на старте. Но сохранять олимпийское спокойствие тоже, оказывается не на пользу: может не произойти должной мобилизации сил, необходимой для отражения стресса.

*II фаза:* резистентность, приспособление к трудной ситуации, активное ей сопротивление, устойчивость к стрессу. Постоянная ослабленность – это патология. Если стрессы не требуют от нас невозможного, мы быстро и легко к ним приспосабливаемся. Более того, они помогают нам выживать, придают сил, обогащают новым опытом. Поэтому психологи с полным правом говорят, что без стресса нет прогресса. Но «высокая нота» не может длиться слишком долго, а многим она оказывается просто не под силу. Наступает срыв.

*III фаза:* истощение, нервное и физическое. Несмотря на то, что адаптационные (приспособительные) возможности каждого различны, они не беспредельны. Когда запасы адаптационной энергии заканчиваются, «хороший» стресс, поворачивается к нам другой своей стороной, отнюдь не симпатичной. Изменения, происходящие в организме, зачастую становятся необратимыми.

Стресс всегда рядом, он наш самый постоянный спутник. Убежать от него невозможно, да и не нужно. Надо научиться с ним жить и ладить.

Условно стрессоры можно разделить на два типа:

- физические: большие физические нагрузки, жара, холод, иные экстремальные или непривычные внешние условия;
- психические: воздействующие на психику и вызывающие сильные эмоции.

Механизмом, запускающим психический стресс, является эмоция. Отрицательные эмоции сильнее и продолжительнее положительных. Отрицательная эмоция – это побудитель для достижения цели, удовлетворения потребности и возникает при фрустрации (неудовлетворении потребности), ситуации выбора, при чрезмерно сильных психических нагрузках. Потребности могут быть разных уровней. На биологическом, или базовом уровне – это потребность в безопасности, пище, удовлетворении полового и родительского инстинктов. На более высоком уровне – потребность в эмоциональном и интеллектуальном резонансе, в личной территории авторитета, творчества и др.

Положительная эмоция – это сигнал об удовлетворении потребности. Иногда в силу чрезмерности проявления она может стать нагрузочной для организма и включить психо-физиологические механизмы, характерные для отрицательных эмоций. Стресс может сопровождаться отрицательными эмоциями, а может проходить с положительной установкой при сохранении возможности выбора, контроле ситуации и предвидения последствий. Разные люди запоминают преимущественно разные эмоции. «Люди действия» с интенсивным обменом катехоламинов в головном мозге лучше запоминают отрицательные эмоции как опыт, необходимый для их жизни. Люди творческих профессий удерживают в памяти в основном положительные эмоции, так как творить можно только в атмосфере альтруизма.

Требования внешней среды могут быть самыми разными, но организм всегда отвечает на них одинаково: в нем происходят одинаковые биохимические сдвиги и процессы. Легкий стресс – учащение сердцебиения, тяжесть под ложечкой, сухость в горле, непроизвольное напряжение мышц, отлив или прилив крови к лицу. Симптомы острого стресса куда более неприятные: нарушение сна, боль и давление в затылке, шее, спине, в области живота и грудной клетки, обильное потоотделение, одышка, тошнота, рвота, необъяснимое беспокойство, чувство усталости, дрожь в коленях, снижение потенции, ухудшение памяти и способности сосредоточиться. Все эти психофизические реакции сиюминутный ответ на острый, но не продолжительный стрессор. Специалисты называют такое состояние психовегетативным синдромом. Оградите себя от стрессовых ситуаций на ближайшее время, и, скорее всего, подобные расстройства исчезнут практически бесследно



в течение недели. Стресс, ставший хроническим, усугубляет все эти неприятности (бессонница, неврозы, депрессии, синдром хронической усталости).

Простая усталость – это не болезнь, а естественная реакция организма на переутомление, сигнал о том, что ему остро необходим отдых. А вот синдром хронической усталости – это беспричинная, сильно выраженная, изматывающая организм общая усталость, не проходящая после отдыха, мешающая человеку жить в привычном для него ритме.

В целом считается, что синдром хронической усталости не признает социальных отличий. Но чаще наблюдается у людей, независимо от пола, слишком усердствующих на работе, то есть трудоголиков.

*Трудоголик* – человек, устраивающий себе ненормированный рабочий день и не умеющий отключаться от профессиональных проблем. Работа – своеобразный наркотик, и трудоголик «сидит на игле» самоотдачи интенсивному труду, «сгорел на работе» ещё один термин печального исхода неконтролируемого стресса на работе. По «Трудовому Кодексу РФ» рабочая неделя не может превышать 40 часов в неделю. Рабочая неделя трудоголиков составляет от 80 часов и более и ведет к перенапряжению функциональных систем организма, хотя нарушения здоровья могут обнаружиться не сразу.

Неблагоприятному исходу предшествует несколько стадий:

I стадия – «медовый месяц», время, когда человек обладает избытком энергии и энтузиазма;

II стадия – нехватка энергии, когда появляются первые симптомы «горения»;

III стадия – хроническая стадия, когда симптомы истощения проявляются постоянно. После неё наступает стадия кризиса: симптомы настолько обостряются, что человек считает свои жизненные силы исчерпанными;

IV стадия – распад личности, инвалидность или смерть.

Поэтому очень важно организовать свою жизнь и работу так, чтобы весы «усталость – отдых» как можно чаще находились в равновесии.

#### *Характеристика синдрома эмоционального выгорания*

Особого внимания заслуживает синдром «Эмоционального выгорания». Дело в том, что представители многих профессий, чья деятельность связана с общением, подвержены симптомам постепенного эмоционального утомления и опустошения.

*Эмоциональное выгорание* – это выработанный личностный механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные

психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоций, чаще всего профессионального поведения. По определению В. В. Бойко эмоциональное выгорание является формой профессиональной деформации личности.

*К внешним факторам*, провоцирующим «выгорание», относятся:

- хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность – специалисту, работающему с людьми, приходится постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты общения: внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать поступающую информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решение;

- дестабилизирующая организация деятельности – основные её признаки общеизвестны: нечеткая организация и планирование труда, недостаток оборудования, плохо структурированная и расплывчатая информация, наличие в ней «бюрократического шума» и т. п.;

- неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности – таковая определяется двумя основными обстоятельствами: конфликты по вертикали, в системе «руководитель-подчиненный» и по горизонтали, в системе «коллега-коллега»;

- психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения – это клиенты, попавшие в трудную жизненную ситуацию, нуждающиеся в социальной помощи и поддержке.

*К внутренним факторам*, обуславливающим эмоциональное «выгорание» относятся:

- склонность к эмоциональной ригидности (негибкость, жесткость, не податливость) – в процессе профессиональной деятельности, человек иногда утрачивает эмоциональную отзывчивость, вовлеченность к соучастию, сопереживанию; возникает эмоциональная ригидность, как средство психологической защиты быстрее у тех, кто менее восприимчив и более эмоционально сдержан;

- интенсивное восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности – данное психологическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую профессиональную роль;

- слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности: 1) в сфере профессионального общения, человек безразличен, равнодушен, душевно черств; 2) человек не привык, не умеет поощрять себя за сопереживание и соучастие, проявляемое по отношению к субъектам профессиональной деятельности.

Эмоциональное выгорание – динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса.

Рассмотрим основные симптомы эмоционального выгорания.

#### *I. Фаза напряжения (ожидания)*

Предвестник, «запускающий» механизм в форме эмоционального выгорания имеет динамический характер, проявляется изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Включает в себя ряд симптомов:

1) симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств»:

- усиливается осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности;

- при высокой эмоциональной неустойчивости раздражение постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование от психотравмирующих факторов.

2) симптом «неудовлетворенности собой»:

- в результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства, человек испытывает недовольство собой, избранной профессией, должностью, которую он занимает, конкретными обязанностями.

3) симптом «загнанности в клетку» (состояние интеллектуального затора, тупика).

- при сильном давлении психотравмирующих факторов и невозможности их устранить, к человеку приходит чувство безысходности, т.к. пристальное обдумывание неудовлетворительных аспектов своей работы приводит к усилению психической энергии; если психическая энергия не находит выхода, не сработало какое-то средство психологической защиты, то человек переживает ощущение «загнанности в клетку».

4) симптом «тревоги и депрессии»:

- обнаруживается в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному выгоранию как средству психологической защиты; чувство неудовлетворенности работой и собой порождает мощные энергетические напряжения, проявляющиеся в форме переживаний, ситуационной и личной тревожности, разочарований в себе, в избранной профессии, конкретной должности, месте службы.

#### *II. Фаза резистентности*

Спротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения, так как человек осознанно или бессознательно стремится к психологическому комфорту, снизить давле-

ние внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств. Формирование защиты происходит на фоне:

1) симптома «неадекватного избирательного эмоционального реагирования»:

- профессионал утрачивает способность улавливать разницу между 2-мя принципиально отличающимися явлениями;

- экономическое проявление эмоций – эмоции довольно ограниченного регистра и умеренной интенсивности (легкая улыбка, сдержанные реакции на сильные раздражители, отсутствие категоричности и т. д.);

- неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (неприемлемый стиль) – человеку кажется, будто он поступает допустимо, однако сторонние наблюдатели фиксируют иное – эмоциональная черствость, неучитывость, равнодушие;

- неадекватное ограничение диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение интерпретируется партнерами как неуважение к их личности, т.е. переходит в плоскость нравственных оценок.

2) симптома «эмоционально-нравственной дезориентации», который углубляет неадекватные реакции в отношениях с партнерами. У профессионала нередко возникает потребность в самооправдании перед партнерами («такие люди не заслуживают доброго отношения»). Это свидетельствует о том, что эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственность человечества. В нашем обществе привычно исполнять свои обязанности в зависимости от настроения и субъективного предпочтения.

3) симптома «расширения сферы экономии эмоций» (эта форма защиты, осуществляемая вне среды профессиональной деятельности, - в обществе с родными, приятелями и т.д.). Причина: превышение человеческими контактами, это симптом «отравления людьми». На службе человек сдерживается в соответствии с нормами и обязательствами, а дома – замыкается, «рычит», готов «послать» всех подальше.

4) симптома «редукции профессиональных обязанностей» (упрощение). Проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, требует эмоциональных затрат (к клиенту – «стеклянные глаза», безразличие, ограничение контакта).

### III. Фаза «истощения»

Характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом «Я».

1) симптом «эмоционального дефицита». Ощущение неспособности помочь субъекту своей профессиональной деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, пробуждать их эмоциональные, интеллектуальные, волевые и нравственные устремления.

2) симптом «эмоциональной отстраненности». Человек полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Его почти ничего не волнует, не вызывает эмоционального отклика – ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные. Реагирование без чувств и эмоций наиболее яркий симптом «выгорания» – профессиональная деформация личности.

3) симптом «личностной отстраненности» (деперсонализации). Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в процессе общения. Человек в сфере профессиональной деятельности воспринимается как неудовлетворенный предмет, объект манипуляций.

4) симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений». Синдром проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Многое в субъектах профессиональной деятельности провоцирует у профессионала отклонения в соматических и психических состояниях, даже мысль о них: плохое настроение, бессонница, дурные ассоциации, чувство страха и т.д.

### **Характеристика профессиональных стрессов и причины их возникновения**

В индустриально развитых странах на проблему стресса на работе обратили внимание еще в начале 70-х годов прошлого столетия. Сейчас российские ученые вплотную занялись ею, предстоит разобрать целый комплекс мероприятий по профилактике производственного стресса, которые включены в программу «Научные основы концепции государственной политики в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний населения РФ на 2000 – 2010 гг.»

Стресс очень коварен, он не имеет ни социальных, ни классовых рамок. Он может присутствовать в самых различных производственных ситуациях: угроза потери рабочего места, предъявление требований к работнику, не отвечающих его нынешним способностям, противоречивые указания разных начальников, отсутствие взаимопонимания в коллективе, конфликт между работой и домом, когда человеку трудно отдать предпочтение работе или семье. Короче говоря, стрессы на производстве – это явление столь же сложное и разнообразное, как и сама профессиональная деятельность.

*Профессиональный стресс* – это функциональное состояние, которое развивается при 3-4 классах вредности и опасности, когда уровни вредных факторов вызывают стойкие функциональные изменения, приводящие к формированию производственно обусловленных заболеваний. То есть это реакция организма на воздействие высокой интенсивности и разной продолжительности неблагоприятных факторов производственной среды в определенных условиях.

Большинство причин, вызывающих стресс можно разделить на блоки:

- условия труда (количественные и качественные перегрузки, монотонность и однообразие, связанные с работой на сборочном конвейере, сменная работа и т.д.);
- ролевой стресс, связанный с неравенством полов, сексуальными домогательствами;
- межличностные факторы (отсутствие заботы о подчиненных, плохая поддержка на работе и т. д.);
- состояние карьеры (плохое или, наоборот, чрезмерное продвижение по службе, стабильность рабочего места, неудовлетворенные амбиции);
- организационная структура (принятие решений без учета заинтересованных лиц, политические баталии, плохая подготовка специалистов и т.п.);
- взаимосвязь семьи и производства (семейные конфликты, стресс из-за двойной нагрузки, отсутствие поддержки супруга(и) и т. д.).

Российским ученым ближе другой подход к группировке стрессоров, при котором среди них выделены две группы: физические и психологические. Физические факторы включают вредные и опасные условия труда: шум, вибрацию, неблагоприятный микроклимат производственных помещений и т. д. Психологические факторы, прежде всего, включают нервно-эмоциональную напряженность труда, за которой кроется большая гамма переживаний, опасений, взлетов и падений, нечеловеческих усилий. Интеллектуальные нагрузки подразумевают, в частности, выполнение заданий от простых задач до творческой деятельности, восприятие огромного потока информации и её оценка в условиях дефицита времени. Среди сенсорных нагрузок можно выделить длительность сосредоточенного наблюдения за ходом технологического процесса.

Специалисты знают, что болезни адаптации имеют четко выраженное «профессиональное» лицо. У людей, длительное время находящихся в условиях информационных перегрузок, возникает так назы-

ваемый информационный невроз, обусловленный необходимостью обрабатывать большой поток информации и быстро принимать на её основе решения.

Автоматизация труда чаще делает человека пассивным наблюдателем машинных операций. Порой часами он только лишь ожидает, не появится ли сигнал о нарушении технологического процесса. Монотонная деятельность, «информационное голодание» и физическая неподвижность вызывают утомление, сонливость, снижение бдительности. Это может послужить причиной пропуска важного сигнала. С другой стороны, внезапные отклонения от привычной последовательности операций, так называемые «нештатные ситуации», не говоря уже об аварийных, способны вызвать сильное эмоциональное возбуждение, растерянность, дезорганизацию деятельности, «ложные тревоги».

Психологические факторы выделяют также межличностные взаимоотношения и организационную структуру в работе, которые могут, как вызвать производственный стресс, так, и гасить его эффекты. Положительный межличностный климат, выражающийся, например, в поддержке коллег, ясность видов на будущее, то есть перспектив, согласующееся старшинство в производственном коллективе, благоприятная возможность для участия в принятии решений создают чувство безопасности и социальной поддержки, что благотворно сказывается на состоянии и эмоциональном благополучии человека. Нарушения в этой области могут привести к психологическому дискомфорту.

Если подбору кадров не уделялось достаточно внимания, в том числе и подбору руководителей коллективов, очень часто возникают отрицательные, неблагоприятные межличностные отношения, конфликты. Природа и сами причины конфликтов могут быть различными, как бы ни было, это отражается на психике, нервной системе и общем состоянии здоровья.

В социальной сфере можно выделить еще один стресс-фактор в межличностных отношениях – это отношения «клиент – специалист». Клиенты социальной работы – это, как правило, люди, нуждающиеся в помощи и желающие как можно быстрее разрешить свои проблемы. Задача же социального работника – активизировать личностные ресурсы клиента для решения его проблем.

Западные ученые большое внимание уделяют описательным характеристикам стресс-факторов на работе, потому что в своих исследованиях они делают уклон на организацию работы (отсутствие возможности для продвижения по службе, неадекватную заработную плату, роль неопределенности в работе и т. д.). Видимо, поэтому большинство

программ решения этой проблемы в компаниях нацелены на то, чтобы научить работников преодолевать это состояние.

Российские ученые сосредоточились на стрессорах, которые можно оценить качественно и количественно. В соответствии с ними охарактеризовать работу по классу вредности, чтобы не просто говорить на тему о вреде стресса, но и разработать конкретные мероприятия по борьбе с ним. Специальными исследованиями установлено, что многие психические, физиологические, биохимические процессы организма синхронны недельному распорядку нашей жизни. В рабочие дни организм более активен, особенно в середине недели, а в выходные дни наступает спад. Организм адаптируется к окружающей обстановке, приводя в соответствие с ней свои физиологические и психические процессы. Однако эволюционные изменения не всегда поспевают за научным и социальным прогрессом. Сменная работа (включая работу в ночную смену), нарушает естественный ритм биологических функций организма. Сменный рабочий должен работать в период своего естественного отдыха, то есть в ночные часы, и отдыхать тогда, когда он привык работать.

Исследования показали, что болезни, связанные с нервной этиологией, в частности язва желудка и двенадцатиперстной кишки, являются противопоказаниями к ночным работам. Поскольку у больных язвенной болезнью нарушены адаптационные механизмы, работа, связанная с длительным нервно-эмоциональным напряжением, вызывает повышенный выброс адреналина и норадреналина, что, в свою очередь, обостряет течение болезни, даже если она в стадии ремиссии. В связи с таким воздействием ночных работ на организм после ночных смен полагается двухдневный отдых. Работа в течение двух смен подряд запрещается.

Может быть, в самых сложных условиях находится обширная категория людей, функционирующих в так называемых человеко-машинных системах. Например, авиадиспетчеры в силу своей профессии должны уметь намеренно и сознательно напрягать, обострять мысли и чувства и одновременно быть собранными и иметь железное спокойствие. Эти два требования, трудно совместимые в одном человеке, изнуряют нервную систему.

Человек-директор – так обозначают тех, кто руководит коллективом людей, отдельными исполнителями или их группами, при этом находится в определенных взаимоотношениях с вышестоящей, а иногда и подчиненной организацией. От человека, занимающего такую должность, требуется быстрая переработка многообразной информации, поступающей от исполнителей, от вышестоящей организации, её



глубокий и многосторонний анализ, оперативное принятие решений, координация действий исполнителей. При этом он должен учитывать как сугубо специальные аспекты, так и социально-психологические. И все это, как правило, в условиях дефицита времени. Таким образом, от руководителя требуется не только компетентность, не только способность мыслить экономически грамотно, ориентируясь на интенсивные факторы роста производства, но главное – умение работать с коллективом, направлять его усилия на решение общих задач, умение создавать деловую, психологически благоприятную обстановку на работе, а также в быту своих подчиненных. На этом человеке лежит вся ответственность за деятельность вверенного ему коллектива.

Рассмотренные категории профессий характеризуются в целом высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения и, как правило, резким дефицитом движений и физических нагрузок, что вызывает не только нервные расстройства, но и как следствие – физические заболевания.

Физическая нагрузка сама по себе может действовать как стресс, если она слишком велика. Плюс высочайший эмоциональный стресс во время соревнований. Опыт спортивной медицины говорит о том, что среди спортсменов распространены болезни адаптации, иногда с самыми грозными исходами – инфарктами, тяжелым истощением и срывом нервной системы, хроническим расстройством сна.

Специалист по социальной работе в своей профессиональной деятельности постоянно сталкивается с различными стрессовыми ситуациями. В силу специфики своей профессии он помогает людям решить их проблемы, что оказывает негативное влияние на профессиональное здоровье, в случае, если специалист не способен управлять механизмами эмоциональной саморегуляции. Признаками этого негативного воздействия являются:

- ощущение эмоционального истощения;
- наличие враждебности по отношению к клиентам;
- наличие психологических заболеваний;
- нарушение аппетита;
- негативная самооценка;
- возрастание агрессивности и чувства вины и т.д.

Специалист по социальной работе должен иметь представление о различных формах проявления психологического кризиса на том или ином этапе своей деятельности. При подготовке специалистов необходимо обучать способам сохранения профессионального здоровья, профилактике профессиональных заболеваний, проводить консультации относительно профессиональных рисков в социальной работе.

Проблему профессионального здоровья следует рассматривать в контексте общей концепции охраны здоровья нации. Согласно концептуальным представлениям содержательность понятия «здоровье» далеко выходит за рамки медицинской ответственности. Здоровье выступает как мера качества жизни и политики государства, создающая возможность своим гражданам относиться к своему здоровью, как непреходящей ценности, как к основе продления здорового рода, сохранению, совершенствованию трудового потенциала, как к развитию генофонда, творчества и духовности человека. Однако по всем этим параметрам, составляющим вектор национального здоровья, в нашем отечестве заданный результат не достигнут. Мы имеем не только факты высокого уровня заболеваемости, смертности, низкого уровня рождаемости, но и явления тенденции к вырождению генофонда нации, снижению роли россиян в развитии земной цивилизации.

Под *профессиональным здоровьем* следует понимать способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность, эффективность и развитие личности во всех условиях протекания профессиональной деятельности.

*Работоспособность* – это способность человека поддерживать требуемый уровень работы в течение более или менее продолжительного времени при высоких качественных показателях труда.

Критерии профессионального здоровья заложены в способности управлять механизмами:

- детерминирующими развитие личности (самопознание, саморазвитие);
- способствующими формированию позитивного самовоспитания;
- открытого взаимодействия с миром;
- готовности к изменениям.

Психологи А. К. Маркова, Л. М. Митина, Е. Р. Калитевская и др. считают, что повышение уровня самосознания: осознания себя личностью, хозяином жизни, способность проектировать свое будущее – фундаментальное условие профессионального развития человека и его профессионального здоровья.

Объектом профессионального развития индивида и показателем его профессионального здоровья и профессионального долголетия являются три интегральных характеристики: профессиональная направленность, профессиональная компетентность и социальная гибкость. Рассмотрим их на примере специальности «Социальная работа».

*Профессиональная направленность* – это сложная модификация комплекса развитых качеств личности специалиста, внутренняя социально-психологическая готовность к реализации функций, к оказанию определенного вида социальной помощи населению и различных услуг: социально-бытовых, социально-экономических, социально-психологических, социально-педагогических, социально-правовых и др.

Профессиональная компетентность специалиста по социальной работе характеризуется сформированностью единого комплекса знаний, умений и навыков, психологических особенностей, профессиональных позиций и акмеологических инвариантов.

Под профессиональными знаниями понимаются объективно необходимые сведения обо всех сторонах труда специалиста, составляющие основу для формирования социально-психологической, педагогической, правовой, экономической, управленческой и социально-медицинской культуры.

Профессиональные умения – действия и техники специалиста, применяемые для реализации обязанностей и функций в профессиональной деятельности.

Психологические особенности – выражают сформированность всех компонентов психики профессионала, которые позволяют выполнять избранную деятельность.

Профессиональные позиции – целостное психологическое образование, включающее конкретные установки, ориентации, систему личных отношений и оценок внутреннего и окружающего опыта, реальности и перспектив; собственные притязания, реализуемые в труде.

Акмеологический инвариант – основные свойства, которые позволяют определить профессионализм специалиста, способствуют профессиональному росту, реализуют творческий потенциал, характеризуют продуктивность специалиста:

- постоянная включенность в процесс принятия решений;
- предвидение, проницательность;
- личностные притязания;
- мотивация достижения;
- самореализация.

Таким образом, профессиональная компетентность – это интегративная характеристика, позволяющая определить уровень профессионализма специалиста в выполнении должностных функций, обеспечивающая специалисту желаемый результат своего труда.

*Социальная гибкость* – это, с одной стороны, психологическая готовность социального работника к адекватному эмоциональному реагированию в нестандартной ситуации (конфликт, фрустрация и

т.п.), с другой стороны, способность ценить, правильно понимать и уметь экспрессивно выражать свои собственные переживания. Таким образом, следует отметить, что социальная гибкость, включающая в себя эмоциональную, интеллектуальную и поведенческую гибкость, дает возможность учитывать многообразие индивидуальных характеров, мнений, позиций всех субъектов его профессиональной деятельности. Напротив, неподатливость, жесткость, негибкость, выражающиеся в слабом и не гибком реагировании эмоций на различные внешние и внутренние воздействия, то есть эмоциональная ригидность – прямая угроза профессиональному здоровью и долголетию.

Важным составляющим профессионального здоровья является эмоциональное саморегулирование (Л. В. Топчий, 1999)). *Эмоциональное саморегулирование*, как процесс – это создание требуемых и желаемых состояний по средствам изменения направленности эмоциональных устремлений, видения, осознание и оценки ситуаций. Эмоциональное саморегулирование, как личностная характеристика – единство эмоционального устремления, эмоциональной рефлексии и самооценки. Под эмоциональным устремлением понимается единство эмоциональной восприимчивости, направленности и смыслообразования, это установочный механизм, побуждающий человека к порождению и изменению эмоциональных переживаний. Эмоциональная рефлексия понимается как характеристика отслеживания и самоанализа эмоциональных переживаний, представлений и действий человека, основу, которой составляют соотношение, самосознание, и самоопределение. Самооценка эмоциональной экспрессии представляет собой ситуативную оценку человеком своего эмоционального поведения, регулируемую взаимодействием эмоционального контроля, предвосхищением и эмоциональной коррекцией в выборе способа эмоционального саморегулирования.

Теория профессионального здоровья предполагает осмысление единства взаимосвязи представлений о здоровье и факторов, лежащих в его основе. Можно обозначить две идеологии в определениях профессионального здоровья и его норм: традиционно медицинскую и психологическую. Медицина рассматривает нормы как меру вероятности возникновения болезни, а психология – с точки зрения сформированности позитивных личностных сил, обеспечивающих здоровье. Болезненное состояние человека неизбежно связано с нарушением адаптивной функции, а личностное (психическое) здоровье подразумевает некоторую степень дезадаптации в ее традиционном смысле. Психическое здоровье не есть отсутствие конфликтов, фрустраций, проблем и пр. – оно означает скорее зрелость, сохранность и активность механиз-

мов личностной саморегуляции, обеспечивающих полноценное человеческое функционирование. Таким образом, понятие психического здоровья, адаптации и нормы не тождественны.

Высший уровень личностного здоровья, отвечающий за производство смысловых ориентаций, определение общего смысла жизни, отношение к другим и себе оказывает регулирующее воздействие на нижележащие уровни, и все уровни взаимосвязаны. Помощь, нацеленная непосредственно на снятие, купирование соматических и психических расстройств является главным образом, объектом медицины. Психолог же обращается к более высоким уровням саморегуляции: инструментальному, смысловому и экзистенциальному.

Обращение к инструментально-экспрессивному уровню саморегуляции может помочь изменить стилевые характеристики, развить социальные навыки, что способствуют его социально – психологической адаптации к текущей ситуации.

На смысловом уровне можно помочь принять решение, разобратся в проблеме, как правило, не выходя за пределы привычных смысловых ориентаций. Указанные направления воздействия отвечают задачам развития конкретных способностей (коммуникативных, рефлексивных, гностических и др.), что, несомненно, оказывает позитивное влияние на эффективность профессиональной деятельности специалиста по социальной работе и его психическое самочувствие.

Высший экзистенциальный уровень обеспечивает возможность личностного выбора и автономного развития. Он становится ведущим фактором зрелой личности, который не могут обеспечить регуляторные механизмы нижележащих уровней. Недостаточная сформированность регуляторных механизмов высшего уровня приводит к тому, что социальный работник остается объектом внешних воздействий, будучи не способным превратиться в субъект собственной жизни. Нарушение механизмов саморегуляции, деформация внутреннего мира личности становятся пролонгированной причиной большого числа соматических и психосоматических заболеваний.

Фундаментальным условием, определяющим путь профессионального развития и профессионального здоровья, является повышение самосознания. Следовательно, через формирование позитивной самооценки, стремлению к активному взаимодействию с миром, готовностью к изменениям, принятию на себя ответственности, можно прийти к осознанию интереса быть здоровым, быть хозяином жизни, способным проектировать свое будущее.

В новых экономических условиях здоровье становится базовым свойством человека в системе рыночных отношений, его субъективной ценностью. Здоровье как экономический фактор предусматривает:

- сохранение в профессиональной деятельности профессионалов высокого уровня, чье здоровье определяет стабильность результатов их труда;
- смену психологических установок на здоровье, как на социально-экономическое благополучие в системе конкуренции и выживания.

В. А. Ананьев считает, что если человек может научиться точно и ясно осознавать и контролировать свои мысли, эмоции и поведение, то он может научиться гармонизировать профессиональные, семейные и сексуальные отношения, избавиться от привычек, мешающих полноценно жить и даже сохранять оптимальный вес. Он отмечает, что через познание и улучшение психологической составляющей здоровья (сознание и эмоции), мы имеем шанс не только предупреждать возникновение болезней, но и совершенствовать самого себя, в том числе и укреплять свое здоровье.

### **Содержание и методика профилактики синдрома эмоционального выгорания в социально-медицинской работе**

Сегодня не подлежит сомнению тезис: слишком острый или продолжительный стресс (дистресс по Селье) вызывает резкое ослабление всего организма, приводит к заболеваниям и даже гибели. Стресс становится опасным для нашего здоровья, когда жизнь, внешние обстоятельства предъявляют к нам чрезмерные требования, а мы не в силах их удовлетворить. Умеренность – закон природы. Стресс выбирает того, кто все делает сверх меры, чересчур, не рассчитав свои силы, и мирно сосуществует со сторонником умеренности.

Ни острота нервных переживаний, ни сумасшедший ритм современной жизни со всеми ее сложностями не могут привести к неврозу, если это именно ритм: периоды наибольшего эмоционального, психического напряжения чередуются с моментами отдыха, расслабления, относительного покоя и восстановления.

Под здоровым образом жизни следует понимать типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально – психологических ситуаций. В решении практических задач по обеспечению физического и психического здоровья человека

призвано сыграть большую роль достаточно новое и стремительно развивающееся в последнее время научное направление – психология здоровья<sup>1</sup>. Основными положениями этой области знания являются следующие:

- здоровье должно стать ведущей, органической потребностью человека на протяжении его жизненного пути; нужна прочная установка на долгую здоровую жизнь;
- человек должен сам уметь управлять своим психическим здоровьем.

Самоуправление психическим здоровьем предполагает не только осознание необходимости постоянно за него бороться, но и уверенность в своих возможностях на этом пути, знание себя. Управление своим психическим здоровьем предполагает и тренировку собственной психики, раскрытие ее резервов и развитие, совершенствование психических процессов, воспитание в себе дисциплины, ума и чувств. Следует учить человека активной, осознанной, с ясным пониманием ее целей и характера воздействия психической саморегуляции, овладению ее техникой и приемами самовоздействия как неотъемлемого компонента культуры поведения.

В. В. Бойко отмечает, что основной критерий здорового образа жизни – энергетический комфорт. Эмоции, окрашивая все психические процессы и стороны жизнедеятельности человека, являются универсальным регулятором его внутренней и внешней жизни. В этом случае энергию эмоций можно понимать почти в буквальном смысле слова как потенциал психической активности личности, ее мотивированного поведения и взаимодействия с другими людьми.

Особая роль в процессе труда принадлежит профессионально важным эмоциям, которые делятся на две группы. Первая из них – это эмоции, которые возникают в процессе взаимоотношений людей в коллективе. Под их воздействием формируется социально–психологический климат, состояние сплоченности, взаимопонимания, слаженности в работе. Для формирования положительных эмоций от взаимоотношений в коллективе необходимо значительное внимание уделять правильному подбору кадров, в том числе и руководителей коллектива. Поскольку субъектами отношений являются личности, то их психофизиологические особенности, а также социальные качества (воспитание, образование, общение, прежняя деятельность) составляют основу подбора кадров. Среди психологических характеристик немаловажная

---

<sup>1</sup> Психология здоровья [Текст] : учебник для вузов / под ред Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с.

роль отводится врожденным особенностям, прежде всего, типу нервной системы. Вторая группа – это эмоции, возникающие в процессе самой работы. Например, эмоциональная неустойчивость противопоставлена некоторым профессиям (летчики, милиционеры и т. д.) Здесь очень важна устойчивость эмоционально-волевой сферы.

Эмоции – это продукт работы нашего ума. У человека умственное поведение может быть разным. Оно может способствовать оздоровлению. Такое поведение называют саногенным, то есть оздоравливающим, вызывающим чистоту, свежесть. Но есть и мышление патогенное. Оно усугубляет стресс, напряженность и увеличивает вероятность заболеваний. Источник патогенного мышления – раздумья, связанные с обидой, стыдом, завистью, неудачей, вообще с отрицательными эмоциями. Специалисту по социальной работе нередко приходится иметь дело с социально дискриминированными людьми и группами, считающими себя несправедливо ущемленными (инвалиды, многодетные семьи, беженцы, безработные и т.д.). Работа с подобными группами очень сложна и не всегда удачна. Основными эмоциями таких людей являются обида, чувство несправедливости, страха за свое будущее и будущее своей семьи, гнев, зависть и т.д. Таким образом, профессия специалиста по социальной работе предполагает огромные эмоциональные затраты. Он обязан уметь выслушать клиента, осознать суть его проблем, создать и поддерживать взаимодействие с клиентом до полного их разрешения, вовлекать его в активный процесс социальных действий, направленных на преодоление сложных жизненных ситуаций, находить правовые, информационные услуги и личные решения, предоставлять социальные услуги, предусмотренные законодательством. Все это оказывает негативное воздействие на эмоциональное здоровье и благополучие социального работника, который является своего рода эмоциональным донором.

Очень важно в работе специалиста научиться не принимать отрицательные эмоции клиентов на себя. Даже если ситуация очень трогательная, необходимо понимать, что эмоции клиента – это не твои собственные. Человек не может стать по настоящему здоровым, если сам не научится управлять состоянием своей души, направлением своих мыслей. Искусство вытеснения отрицательных эмоций состоит в том, чтобы сделать прочно доминирующими полезные мысли и хорошее настроение в своем сознании. Третьего не дано: или мы владеем своими чувствами и мыслями, или они владеют нами.

Главные условия, при которых эмоции способны обогатить нашу жизнь, таковы:

- адекватность;



- коммуникабельность;
- экономичность проявления.

Адекватность эмоций проявляется в их соответствии смыслу воздействий и в определенности заданных обстоятельств. Коммуникабельность эмоций означает, что они производят благоприятное впечатление на партнеров, располагают к общению и вызывают доверие. Экономичность в проявлении эмоций связано с наименьшими затратами физических и психологических ресурсов при достижении поставленных целей воздействию или восприятию партнеров.

Критерии профессионального здоровья определяют способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность и эффективность профессиональной деятельности специалиста по социальной работе. Именно в механизме эмоций заложены три главных свойства:

- свойство накапливать, сохранять и в нужный момент отдавать энергию;
- свойство регулировать напряжение за счет сопротивления;
- свойство усиливать психологическую энергию.

Поэтому условия сохранения и развития профессионального здоровья в первую очередь будет зависеть от эмоционального поведения специалиста по социальной работе.

1. *Привлекательность психогигиенического «Я – образа».* Это целостность внешнего облика человека, которое отражает состояние его психологического здоровья – интеллектуального, эмоционального, нравственного и волевого. Задача внешнего облика – вызвать доверие клиента. Имидж профессионала создает предпосылку для эффективной профессиональной деятельности; обеспечивает коммуникации. Имидж включает в себя:

- аудио – визуальную культуру (речь, одежда, прическа);
- стиль поведения (профессиональный, эстетический и т. д.);
- систему ценностей;
- социальный статус;
- психогигиенический «Я-образ».

Признаком эмоционального здоровья личности является то, что ее психогигиенический «Я – образ» меняется адекватно внешним и внутренним воздействиям и при этом сохраняется в коммуникабельных диапазонах.

2. *Преодоление двойственности и неопределенности эмоциональных состояний.* Профессионал должен обучаться навыкам экспрессивного выражения чувств, эмоций, отзывчивости, эмпатии. Из-

бавляться от эмоциональной ригидности, что, как правило, вызывает настороженность и неприятие. Эмоциональная реакция социального работника должна быть адекватной обстоятельствам. Люди, идущие за помощью ждут участия со стороны специалиста. В свою очередь он должен показать свою отзывчивость через интонацию, тембр голоса, выражение лица. Все это должно быть искренним, не только внешними проявлениями чувств, но и внутренними состояниями.

3. *Способность не перегружать эмоции энергией и смыслом.* Профессионал должен осмысленно и целесообразно реагировать на неприятные ему типы партнеров. Владеть навыками эмоционального и социального контроля. Необходимо заменять негативную эмоцию более позитивной, близкой по смыслу, но более коммуникабельной. Например, агрессию заменить непримиримостью, тревогу – озабоченностью, злость – недовольством и т.д.

4. *Экономное расходование эмоционально – энергетических ресурсов.*

- Гармоничное соотношение интеллекта и эмоций – залог экономичного расходования психической энергии.

- Самоорганизованный человек за счет планирования, предвидения, упреждения и расчета осуществляет экономию психической энергии. Ошибки и неожиданности сводятся к минимуму, что в значительной мере оберегает от отрицательных эмоций.

- Дипломатичность в повседневном и деловом общении проявляется в умении преобразовать деструктивные формы взаимодействия в конструктивные.

5. *Проявление терпения к окружающим.* Необходимо проявлять коммуникативную толерантность во всех житейских ситуациях.

- Признавайте за любым человеком право на свободное проявление его индивидуальности везде и всегда, если это не противоречит общепринятым нормам при возникших обстоятельствах.

- Стремитесь чаще приспособиться к индивидуальности партнера, а не наоборот – приспособить партнера к своей индивидуальности.

- Не используйте себя в качестве эталона для оценки суждений, вкусов, взглядов, поступков других людей.

- Учитесь в своем сознании фиксировать степень принятия и непринятия партнера, что позволит вам обдуманно реагировать на ситуацию.

- Почувствовав, что вы не принимаете партнера, что он вас раздражает, сначала осознайте причину дискомфорта, а затем выберите уместный вариант поведения.

6. *Релаксирующее (расслабляющее) воздействие на партнеров.*

Специфика заключается в том, что в процессе общения с партнером, в частности с клиентом, его надо постепенно и незаметно частично или полностью вывести из дискомфортного состояния и ввести в более комфортное. Для этого необходимы следующие условия: открытость, вежливость, терпение, принятие, оптимизм и «эмоциональное поглаживание», при котором замечания, просьбы, требования к партнеру сопровождаются комплиментом, поощрительными словами, действиями.

7. *Способность противостоять агрессии.*

- Необходимо понять причину агрессивного поведения партнера.

- «Просчитать», какая ответная реакция вероятнее всего нейтрализует агрессию.

- Необходимо выбрать для себя те приемы нейтрализации, которые соответствуют вашей натуре.

8. *Способность переживать эффект «Ой!»* Смысл в том, что знания должны «работать» на нас всегда в ситуации «здесь» и «теперь». Когда человек вовремя спохватывается, он избегает ошибок и мгновенно исправляет допущенный промах. Технология овладения эффектом «Ой!»:

- В конкретной ситуации профессионального общения постоянно помните о регламентирующих обстоятельствах (этические и профессиональные правила).

- Научитесь исправлять свои коммуникативные ошибки сразу, как только заметили.

- Старайтесь взять за правило компенсировать свои недостающие коммуникативные качества при помощи дополнительных слов и знаков внимания, доброты и отзывчивости.

Итак, овладение навыками и приемами эмоциональной и социальной гибкости поможет не только совершенствовать интегральные характеристики личности (направленность, компетентность и социальная гибкость), но и способствует гармонизации телесного, душевного и духовного бытия, что является не только основой профессионального здоровья, но и основой профессионального долголетия.

С целью профилактики синдрома эмоционального выгорания широко применяются следующие методики.

*Аутогенная тренировка.* Под аутогенной тренировкой принято понимать систему приемов психического самовоздействия, овладение которыми делает возможным управление некоторыми вегетативными функциями и психическими процессами. В ее основе лежит применение специальных формул самовнушения, позволяющих оказывать воз-

действие на ряд процессов, происходящих в организме, в том числе неподдающихся в обычных условиях контролю со стороны сознания. Однако эффект от занятий аутогенной тренировке не ограничивается только развитием способности расслабления и произвольной саморегуляции некоторых исходно непроизвольных вегетативных функций. Важно, что аутогенная тренировка таит в себе возможности совершенствования личности в целом, развития психических процессов (например, мышления, воли, внимания и др.) и овладения навыками самообладания, стрессоустойчивости. Ключевая роль в успешном освоении метода принадлежит самоконтролю, который сопровождает процесс развития релаксационного состояния.

*Метод функционального биоуправления.* Биологическая обратная связь – это принцип организации работы любого живого организма, управление его физиологическими функциями. На примере принципа биологической обратной связи основан метод функционального биоуправления. Это направленное изменение физиологических параметров в необходимом направлении. При реализации метода происходит регистрация физиологических параметров организма и преобразование их в сигналы обратной связи (при помощи специальной аппаратуры), которые человек воспринимает в виде звукового или зрительного ряда. Таким образом, тренирующийся человек, имеет возможность увидеть или услышать сигналы, соответствующие состоянию функций его организма. Учитывая, что воспринимаемые сигналы свидетельствуют о сиюминутном характере физиологического параметра, человек может не только констатировать собственное состояние или его мгновенные изменения, но и получает возможность с помощью навыков самоуправления осознанно изменять регистрируемый параметр в необходимом направлении.

Биоуправление превращает человека из объекта вмешательств в заинтересованного субъекта познавательно-оздоровительного процесса. В результате тренинга, основанного на биоуправлении, создается система устойчивых навыков саморегуляции, позволяющих реализовать полученные знания и умения в любой жизненной ситуации.

Техника *медитации* позволяет достигать полного спокойствия и безмятежности в состоянии бодрствования. Она позволяет также уменьшить потребность в кислороде, снизить частоту дыхания и сердечного ритма, артериальное давление. При регулярных занятиях взгляд на мир становится более спокойным и отрешенным.

*Дыхательные упражнения.* Чтобы восстановить адекватный обмен кислорода и углекислого газа в легких, необходимо научиться дышать более глубоко с помощью диафрагмы, а не мышц грудной клетки.

Чтобы отработать диафрагмальное дыхание, надо лечь на ровную поверхность, положив одну руку на грудную клетку, а другую на живот. Дышать следует медленно через нос, рот должен быть прикрыт. На вдохе живот должен выпячиваться, приподнимая лежащую на нем руку. Затем следует задержать дыхание на пару секунд и после этого выдохнуть до тех пор, пока живот, а вместе с ним и рука не опустятся. Рука, лежащая на грудной клетке, должна оставаться практически не подвижной. Повторять упражнение следует в положении стоя или сидя до тех пор, пока дыхание не станет естественным.

*Релаксационные методики* способствуют нормализации кровяного давления, снижению вероятности сердечных приступов, обеспечивающие защиту от воздействия стресса на здоровье в целом. Мышечное напряжение – частое следствие повышенной активности нервной системы, вызванной стрессом. Но существует и обратная связь: если научиться расслаблять мышцы, это может снять внутреннее напряжение. Кроме того, мышечная релаксация снижает частоту сердечных сокращений и артериальное давление. Занятия следует проводить в положении лежа или сидя на стуле с прямой спинкой. Ноги должны упираться в пол, а руки покоиться на коленях. Продолжительность каждого занятия примерно 15 минут.

Систематические и правильно организованные тренировки дисциплинируют проявления эмоциональной сферы, делают ее более устойчивой, подчиненной сознательному контролю.

## **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В НАРКОЛОГИИ**

### **Организационно-правовые основы социально-медицинской работы в наркологии**

Наркологические болезни социально значимы в плане отягощенности соматической патологией, процессами деградации личности, высокой и ранней инвалидизацией и смертностью. При отдельных видах наркоманий смертность в десятки и даже сотни раз превышает таковую в сопоставимых половозрастных группах. В целом заболевания, связанные с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), ежегодно дают около 10% всех смертей и около 20% всех госпитализаций. Оценки действительного распространения этой патологии значительно превышают отчетные данные.

Психоактивные вещества могут рассматриваться как исторически выявленные и социально закрепленные адаптагены, т. е. средства, участвующие в обеспечении адаптации (истинной или иллюзорной) к условиям и требованиям жизни благодаря своему действию на психическое состояние – настроение, эмоции, тонус, поведение. В качестве социальных адаптагенов ПАВ включаются в механизмы индивидуального и группового поведения, массовой культуры, занимая важное место в бытовых обычаях, традициях, формах коммуникации и досуга. Психобиологические эффекты алкоголя и наркотиков обуславливают не только их социальную роль, но и определяют многочисленные формы их негативного влияния на индивидов и на социум в целом.

Наркологические болезни развиваются у индивидуума одновременно как члена макро- и микросоциума. В их развитии взаимодействует сочетание биологических, психологических и социальных факторов.

Ролевые сдвиги у социального окружения больного трансформируются в систему прочных патологических связей между больным и его окружением, прежде всего, его семьей, которая принимает характер особой стойкой деформации поведения и психоэмоционального состояния членов окружения – супругов, детей, родителей и др. Этот социально-психологический феномен носит название созависимости и требует специальных мер для его коррекции и устранения.

При анализе комплекса социальных проблем, связанных с потреблением ПАВ, целесообразно вычленять те из них, которые формируются на доклиническом, преклиническом и клиническом уровнях, и те, которые являются вторичными, производными от той

или иной наркологической патологии. Это важно в плане определения направленности и содержания отдельных технологий социальной работы в этой области, дифференциации ее специфических видов, ориентированных на различные контингенты и группы населения.

В социально-медицинской работе с наркологическими больными используются профилактические, лечебные и специализированные программы.

*Профилактические программы* направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, а также злоупотребления ими. Они более широко нацелены на предупреждение любых форм отклоняющегося поведения.

Здесь мишенями целенаправленного воздействия будут в основном контингенты детей и подростков, как в целом, так и те составляющие их группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик. Под группами риска подразумеваются дети, у которых отягощена, особенно в наркологическом плане, наследственность; которые растут в неблагополучных, дисфункциональных семьях; воспитываются в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем или больных алкоголизмом или наркоманией; отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане, отстающие в своевременном личностном и социальном развитии. Работа с такими группами риска ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и т. д.

*Лечебные программы* предусматривают раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической проблематикой. Центральное место в этой группе занимают собственно терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков, проведения мер вторичной и третичной профилактики – восстановления физического, личностного и социального статуса больных. Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и близким клиентов. Корректируется их личностный, семейный и трудовой статус. К этому виду программ относятся программы «помощи на рабочих местах» – непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т. п.

*Специализированные программы* в области наркологии, неразрывно связанные с терапевтическими, входят в программы по реабилитации, реадaptации, ресоциализации наркологических больных. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро- и микросоциум – максимально адекватно его индиви-

дуальным особенностям, склонностям, возможностям, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, социально-экономической ситуации.

В реабилитации наркологических больных необходимо *основываться на принципах* добровольности (согласия) и ответственности клиента, его отказа от употребления психоактивных веществ, опоры на социальные ценности и нормы, этапности, системности и дифференцированного подхода.

Технологии социально-медицинской работы в области наркологии реализуются в наркологических реабилитационных центрах, отделениях медико-социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров и других организационных формах.

В отделениях медико-социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров осуществляются:

- лечебно-диагностическая и психокоррекционная помощь детям и подросткам и их семьям; выявление источников и причин социальной дезадаптации несовершеннолетних; профилактическая работа по предупреждению пьянства, алкоголизма, наркомании среди детей и подростков;

- разработка и реализация индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты; подготовка рекомендаций и осуществление взаимодействия с семьями дезадаптированных детей и подростков для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий с ними в домашних условиях; взаимодействие с заинтересованными ведомствами в решении дальнейшей судьбы несовершеннолетних.

С середины 1990-х гг. в стране активно формируется нормативная правовая база социальной работы в области наркологии. Приказом Минздрава России от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» утверждены Положение о специалисте по социальной работе, а также тарифно-квалификационные характеристики специалистов по социальной работе, социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. Подготовка кадров для проведения реабилитации больных наркологического профиля осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 17 декабря 1997 г. № 373 «О подготовке психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в реабилитационных центрах (отделениях)».



В областном законе «О профилактике наркомании и токсикомании на территории Свердловской области» от 3.12.1997 предлагается следующее определение «Профилактики наркотической зависимости».

Это:

- система мер, направленных на прекращение роста и снижения уровня незаконного потребления наркотических средств гражданами;
- предупреждение совершения правонарушений лицами, употребляющими наркотические, токсические психотропные средства, оказание им необходимой медицинской и реабилитационной помощи;
- осуществление государственного контроля за изготовлением, хранением, транспортировкой и реализацией наркотических и психотропных средств, пресечение их незаконного оборота.

Определение цели составляет основу профилактической деятельности, определяя в каждой конкретной ситуации ее содержание, выбор средств, форм и методов<sup>1</sup>.

В качестве цели профилактики ученые называют следующее.

- Сформировать личность, способную противостоять наркомании в любой обстановке.

- Ориентировать ребенка на ответственность за свое здоровье.

Задачами в сфере профилактики наркомании исследователи считают:

- пропаганду здорового образа жизни, осуществление мероприятий по предупреждению асоциального поведения;
- создание условий для индивидуальной медико-социальной и психолого-педагогической диагностики детей с проблемами в развитии и обучении в образовательных учреждениях;
- организацию и обеспечение социально-педагогической, педагогической помощи и коррекции детей с проблемами в развитии и обучении в целях предупреждения социальной дезадаптации и аддиктивного поведения;
- оказание психолого-педагогической помощи родителям или лицам, их заменяющим, имеющим затруднения в воспитании детей;
- обеспечение приоритета в реализации воспитательных и развивающих программ, направленных на предупреждение девиантного поведения несовершеннолетних.

В качестве принципов профилактики наркотической зависимости определяются следующие положения.

---

<sup>1</sup> Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. [Текст] // Учительская газета. – 1999. – 28 декабря.

1. Целенаправленность, или адресность информации, то есть весь процесс должен быть построен в соответствии с поставленной целью.

2. Системность. Данный принцип предполагает «усвоение знаний, умений и навыков в определенной логической связи, когда ведущее значение имеют существенные черты изучаемого, и, когда оно, взятое в совокупности, представляет систему».

3. Дифференцированность в зависимости от возраста и психофизиологических особенностей развития слушателей.

Честная компетентная информация об актуальных для возраста наркотиках их воздействии и последствиях употребления может быть встроена педагогами в образовательные программы в соответствии с возрастом учащихся.

Необходимо дозировано снабжать ребенка информацией и контролировать «правильное» усвоение и использование полученной информации. Исследователями разработаны способы (методики) передачи такой информации, соответствующие возрастным и психическим особенностям ребенка.

4. Аксиологичность (ценностная ориентация) направлена на формирование ценностей здорового образа жизни, уважения к человеку, государству и окружающей среде.

В научной литературе понятие «профилактика наркотической зависимости» делится на три уровня: первичная, вторичная и третичная профилактика.

*Первичная профилактика* ориентируется на тех, кто не употребляет наркотиков и «направлена на предупреждение и реальное знакомство детей и подростков с одурманивающими веществами»<sup>1</sup>. Под первичной профилактикой наркотической зависимости понимаются мероприятия, направленные на оздоровление социально-экономической среды, развитие высокой способности противостоять воздействию наркотических факторов, ограничение доступа к наркотикам. Деятельность первичной профилактики наркотической зависимости направлена на формирование людей, в том числе попавших в трудную жизненную ситуацию.

*Вторичная профилактика* ориентирована на людей группы риска, определенную часть населения, имеющую «восприимчивость» к воздей-

---

<sup>1</sup> Мингажиева, А. Р. Проблема наркотизации в современном социуме. [Текст] / А. Р. Мингажиева. // Материалы второго Всероссийского научного студенческого форума социальных работников. – М.-Уфа, 1999. – С. 250.

ствию наркотических факторов, и направлена на формирование механизмов психологической защиты от наркотических веществ.

*Третичная профилактика* ориентирована на лиц, имеющих определенный «стаж» употребления наркотиков. Она направлена на лечение начавшейся наркомании и предупреждение перехода ее в более тяжелую стадию. На этом уровне профилактика представляет собой медикаментозное лечение, противорецидивную поддержку и социальную реабилитацию.

Первичная профилактика наркотической зависимости своей целью ставит:

- формирование ценностей здорового образа жизни у детей и подростков не вовлеченных в наркотическую ситуацию;
- формирование у лиц, вступивших «на путь первых проб психоактивных веществ» механизмов активной психологической защиты от вовлечения в наркотическую ситуацию.

Основными принципами первичной профилактики наркотической зависимости являются<sup>1</sup> следующие.

*Системность*: учет при построении программ взаимодействия всех личностных (внутренних) и социальных (внешних) факторов, способных влиять на готовность детей к реализации поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

*Когнитивная адекватность*: максимально возможное соответствие форм методов обучения возрастным особенностям конкретной группы.

*Социальная адекватность*: учет при разработке программ культурных традиций, стандартов и норм, закрепившихся в обществе.

*Наркологическая адекватность*: учет при разработке программ региональной наркоситуации и культуры потребления психотропных веществ.

*Опережающее обучение*: ребенок должен быть заранее подготовлен к защите от факторов риска наркотического заражения. Сегодня в большинстве европейских стран антинаркотическая профилактика начинается для ребенка еще в дошкольном учреждении.

Первичная профилактика наркотической зависимости ориентирована на:

- повышение качества здоровья учащихся;
- повышение качества образования за счет улучшения здоровья учащихся и изменения их ценностных установок;

---

<sup>1</sup> Лисицын, Ю. П. Книга о здоровье. [Текст] / Ю. П. Лисицын. – М. , 1988. – С. 22.

- противодействие идеи безнаказанности употребления наркотических веществ путем широкого информирования.

При обзоре научной литературы, посвященной профилактике зависимостей на сегодня можно констатировать тот факт, что комплексных моделей профилактики с указанием теоретических источников встречается крайне мало. Основной их особенностью является прикладное описание. Один из интересных подходов к описанию процесса профилактики зависимостей предложил В. В. Лозовой. Особенностью данного подхода является его комплексность и универсальность. В своей монографии «Профилактика зависимого поведения: школа, семья» автор показывает механизмы появления у людей мотивов к уходу от реальности и употребления наркотиков, предлагает варианты решения разнообразных проблем подростков, которые могут стать толчком к употреблению наркотиков, к уходу в секту и др.

### **Содержание и методика первичной профилактики наркотизма**

Подходы к организации первичной профилактики, формы ее осуществления за последние десять лет неоднократно менялись. До середины девяностых годов XX века большей частью все профилактические мероприятия были ориентированы на массовые формы и носили просветительский и ограничительный характер, который предполагал «пассивное включение людей». Как показывают исследования, люди чаще всего не переносили на свой личностный уровень полученную информацию. Поэтому организаторы не получали должного результата от проделанной работы. Это обусловлено тем, что мероприятия в основном не были ориентированы на индивидуально-групповую форму работы. Поэтому перед специалистами и возник вопрос об изменении процесса профилактической деятельности.

Большое значение в процессе первичной профилактики наркотической зависимости отводится не ограничениям, а активной деятельности самих подростков. Современный вариант профилактической деятельности основывается на приобщении подростков к социокультурным ценностям. Возникла потребность в разработке способов, с помощью которых можно развивать социокультурные ценности, основанные на здоровом образе жизни.

Результатом первичной профилактики наркотической зависимости следует считать:

- сформированность личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у ребенка активного жизненного стиля с доминированием со-

циокультурных ценностей, в основе которых лежит здоровый образ жизни;

- действенная установка на отказ от приема наркотических веществ.

Первичная профилактика наркотической зависимости является одним из перспективных направлений социально-медицинской работы. Но действенной она будет только тогда, когда будет четко соответствовать целям и задачам, правильно организована и управляема.

Первичная профилактика наркотической зависимости – это целостный процесс, направленный на предупреждение какого-либо социального отклонения. Он представляет собой такую систему отношений между социальным работником и клиентом, в результате которой формируются необходимые социокультурные ценности, направленные на негативное отношение к наркотикам и ярко выраженное антинаркотическое поведение. В результате такой работы установка предопределяет стойкое неприятие личностью наркотической зависимости.

Первичная профилактика наркотической зависимости не сводится к однократным акциям, а представляет собой комплексную программу мероприятий.

Модель первичной профилактики имеет более узкую направленность и ориентирована на воспитание у школьников социокультурных ценностей:

- формирование социокультурных ценностей с ориентацией на здоровый образ жизни;
- формирование действенной установки на отказ от принятия наркотиков.

*Первый компонент* направлен на формирование социокультурных ценностей. «Социокультурные ценности – социальные ориентиры – ценности индивида, группы индивидов, общества, на достижение которых направлена их деятельность». Именно на них ориентируется человек в своей жизни. Спектр социокультурных ценностей достаточно разнообразен – это ценности моральные, идеологические, смысловые, этические, эстетические и другие. В их структуру также входят и витальные ценности, объектом которых является жизнь, личная безопасность и здоровье человека.

Здоровый образ жизни выступает общественным идеалом, выработанным в общественном сознании. «Здоровье – это состояние полного физического духовного благополучия, а не отсутствие болезней и физических дефектов».

Понятие «здоровый образ жизни» не имеет сегодня единого определения. Это связано с огромной широтой показателей жизнедеятельно-

сти человека, многообразием воздействий, условий и факторов, определяющих характер и уровень здорового образа жизни. Многие исследователи включают в него рационально организованный труд, нравственно-гигиеническое воспитание, выполнение правил и требований рационального питания, личной гигиены, активный двигательный режим и систематическое занятие физической культурой, продуманную организацию досуга, отказ от вредных привычек (табак, курение, наркотики).

Социокультурные ценности становятся регулятором поведения в силу того, что принятие решений в социальных ситуациях соотноситься, как правило, в большей или меньшей степени с господствующей системой ценностей. Ценности рассматриваются как продукт жизнедеятельности социальных групп и общностей, человечества в целом, выступающий как совокупный субъект.

Социокультурные ценности – это «честность, справедливость, бескорыстие, общительность, вежливость, тактичность, активность, организованность, самокритичность, стремление к успеху, уверенность в себе и самообладание». Их формирование и личное принятие подростком ставится целью первичной профилактики зависимого поведения.

*Второй компонент* этого процесса неразрывно связан с первым. Формируя социокультурные ценности, мы формируем негативное отношение подростка к приему наркотиков, за которым и следует установка на неприятие наркотических средств. Такая установка формируется в специально организованных условиях.

Под «установкой» понимают психическое переживание индивидом ценности, значения, смысла социального объекта, состояние сознания индивида относительно некой ценности. Установка – понятие, используемое для обозначения устойчивой предрасположенности, готовности индивида к действию, «ориентированному на социально значимый объект». Установка – это «вероятность появления определенного поведения в определенной ситуации».

Согласно современным научным представлениям, установка представляет сложную трехкомпонентную систему.

*Первый* – аффективный – эмоциональная оценка объекта.

*Второй* – когнитивный – осознание человеком объекта.

*Третий* – поведенческий – реальные действия, направленные на объект.

Особенность процесса первичной профилактики наркотической зависимости заключается в том, что на практике формирование социокультурных ценностей и формирование установки взаимосвязаны и тесно переплетены друг с другом.

Успех формирования социокультурных ценностей и установки на

неприятие наркотических средств зависит от реализации следующего ряда условий:

- комплексности педагогического процесса;
- дифференцированности информации;
- учета возрастных и индивидуальных особенностей подростков;
- активности личности на всех этапах работы;
- этажности формирования антинаркотической установки;
- личностных и профессиональных качеств организатора профилактического процесса;
- целостности процесса профилактики;
- выбора действительного средства профилактики.

1. *Комплексность педагогического процесса.*

Соблюдение комплексности диктуется тем многообразием задач, которые приходится решать организатору в процессе формирования ценностей здорового образа жизни и антинаркотической установки. Она предполагает связь с другими предметами, попытку отобрать то, что является ценным с точки зрения современности. Все это обосновывается тем, что первоначальное «преподавание» должно строиться на связанном изучении явлений. Поэтому процесс должен содержать в себе то основное ядро знаний и опыта, в связи с которым могло совершаться дальнейшее накопление представлений и понятий об окружающей действительности.

2. *Дифференцированность информации* обусловлена уже имеющимися или отсутствующими знаниями по данной проблеме, а также учетом возрастных особенностей.

3. *Учет возрастных и индивидуальных особенностей* важен среди условий, оказывающих определяющее влияние на процесс формирования антинаркотической установки, непосредственно связан с решением проблемы развития внутренней активности.

Идея учета возрастных периодов в формировании антинаркотической установки достаточно обоснована. Большое значение в области предупреждения наркотической зависимости имеет нацеленность мероприятий на детей школьного возраста. «Здоровые убеждения должны возникать и развиваться в раннем возрасте». К возрасту 11-12 лет дети имеют расплывчатые убеждения, которые схожи с убеждениями взрослых. К этому возрасту у детей складывается ценностное отношение к здоровью. Все это определяет стратегический контингент первичной профилактики – дети младшего школьного возраста.

В младшем школьном возрасте «закладывается фундамент нравственности, начинают формироваться знания об обществе». Это благо-

приятный период для развития разных сторон личности, так как резко возрастает познавательная активность. «В это время дети в основном открыто и доверчиво относятся к взрослым, признают их авторитет, ждут от родителей, преподавателей и других взрослых помощи и поддержки. Это открывает большие возможности с точки зрения воспитательных влияний, в том числе и для первичной профилактики зависимого поведения». Также в это время ребенок «активно включен в процесс социализации, который предполагает активное усвоение и воспроизведения социального опыта, осуществляемого в межличностном общении и деятельности». В процессе взаимодействия с институтами социализации происходит накопление знаний и опыта социально одобряемого поведения. Этот процесс осуществляется в деятельности по отношению к предметам и явлениям окружающего мира, в котором воплощены эти достижения человечества.

4. *Активность личности в процессе обучения* в большей степени зависит от оптимизации процесса: ориентация на зону ближайшего развития. Об этом говорил еще классик отечественной педагогики Л. С. Выготский. Формирование поэтапной деятельности учащегося связано с поэтапным включением его в перцептивную, репродуктивную и продуктивную деятельность.

*Перцептивная познавательная деятельность* – это такая деятельность, при которой содержание предметов и явлений принимается в наблюдении. Она начинается с ощущений и заканчивается формированием представлений.

*Репродуктивная деятельность* связана с дальнейшим воспроизводством и применением полученных знаний в практической деятельности. Если учащийся применяет на практике полученные в ходе процесса профилактики знания, умения и навыки, то такой тип деятельности можно назвать репродуктивным.

*Продуктивная деятельность* направлена на решение самых разнообразных задач.

5. *Этапность формирования социокультурных ценностей установки на неприятие наркотических веществ.*

Первый этап – аффективный – необходимо сформировать эмоциональное отношение к определенным идеям, нормам и ценностям. Он предполагает накопление знаний и информации, которые преподносятся в эмоционально окрашенной форме. Но предотвращение зависимости, ограниченное лишь передачей знаний имеет ограниченную перспективу на успех. Определенные знания и их эмоциональное принятие или неприятие еще не гарантирует соответствующее поведение. Чаще всего



требуются дополнительные силы, чтобы знание оказало дополнительное воздействие.

Второй этап – когнитивный, направленный на формирование личностного отношения к этому явлению. В зависимости оттого, что ребенок узнал о том или ином событии, он будет интерпретировать это событие. На этом этапе происходит личностное осознание социокультурных ценностей, которое предполагает их внутреннее принятие. Причем стойкость первичных убеждений может быть настолько велика, что они отрываются от породившей их причины и влияют на базовые ценности отношения к миру. Но так как на индивида влияют не только внешние условия, он должен предвидеть последствия своего поведения путем его самостоятельной оценки и приобретения жизненного опыта. Преломляясь через призму индивидуальной жизнедеятельности, Социокультурные ценности входят в психическую структуру личности как ценности личностные.

Третий этап – поведенческий, предполагает сформированность готовности человека к совершению поступка. Задача этого этапа – в соответствии с отобранными для себя ценностями сделать выбор в пользу здорового образа жизни, и принять на себя ответственность за свои поступки. Это является продуктом предшествующих этапов. В сознании фиксируются отобранные Социокультурные ценности личности, которые регулируют направленность поступков в различных ситуациях.

В результате такой этапности работы предполагается сформировать ценности, направленные на здоровый образ жизни и установки на отказ от принятия психоактивных веществ.

6. *Личностные и профессиональные качества организатора процесса профилактики.* Поскольку профилактика является специфической областью, требующей специальных навыков, то к организатору профилактического процесса предъявляются особые требования:

- владеть современными методами психологии, навыками лекторской работы, ведения групповых дискуссий, поведенческих тренингов, деловых и ролевых игр, мозговых штурмов и социодрам;
- обладать необходимым объемом знаний в области возрастной и социальной психологии;
- обладать способностями воодушевления, мотивации и эмоциональной поддержки подростков;
- владеть практическими навыками организации волонтерских объединений, организационного консультирования и подготовки лидеров.

7. *Целостность процесса профилактики.* Многообразие воспитательных, образовательных, а иногда и бытовых задач, которые прихо-

дится решать организатору процесса первичной профилактики способствует появлению множества микропроцессов. Поэтому необходимым условием эффективности процесса формирования социокультурных ценностей и антинаркотических установок должна стать целостность профилактического процесса.

8. *Выбор средства профилактики.* Организация процесса профилактики предлагает средства, способные оптимизировать процесс профилактики.

### **Содержание и методика вторичной профилактики наркомании**

Наиболее актуальной возрастной группой, представляющей собой объект вторичной профилактики являются подростки и юноши. В литературе встречается мнение, что влечение подростка к употреблению наркотиков является признаком личностного психологического неблагополучия и является завершением процесса аномального (деструктивного) развития. В частности, выделяются следующие причины:

- неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных жизненно важных потребностей;
- несформированность и неэффективность способов психологической защиты подростка, позволяющей ему справляться с эмоциональным напряжением.

Понятие наркоустойчивости тесно связано с понятием психологической устойчивости личности. Особенности переживаний жизненных трудностей и напряжений в среде подростков и молодежи индивидуально проявляются как способ отношения к тупиковым, трудно разрешимым или вообще неразрешимым проблемам.

Психологическая устойчивость – это целостная характеристика личности, обеспечивающая ее устойчивость к фрустрирующему и стрессогенному воздействию трудных ситуаций. Она вырабатывается и формируется одновременно с развитием личности и зависит от типа нервной системы человека, от опыта личности, приобретенного в той среде, где она развивалась, от выработанных ранее навыков поведения и действия, а также от уровня развития основных познавательных структур личности.

Психологическая устойчивость в своих основных параметрах зависит от способности личности к адекватному отражению ситуации, несмотря на переживаемые трудности. Подросток еще не обладает опытом анализа психотравмирующей ситуации, точнее, ее влиянию на него самого. Это связано, прежде всего, с недостаточным развитием

рефлексивного компонента личности, поэтому не может адекватно отражать эту ситуацию. Таким образом, напряженность от неспособности справиться с проблемой умножается на напряженность по поводу неспособности что-либо предпринимать вообще. Так появляются установки на бессилие («Я бессилен перед трудностями»), одиночество («Я одинок в этой жизни», «Мне никто не может помочь»), неудачу («Я по жизни неудачник») и т.д.

Особенности представлений человека о себе являются основополагающими в развитии и формировании личности подростка: рисуя образ «Я», подросток как бы предопределяет собственный путь развития, пишет сценарий своей жизни, начинает жить и действовать, стремясь не покидать намеченной линии. Прогноз на развитие в этом случае не может быть благоприятным.

Для того чтобы подросток был способен лучше адаптироваться и преодолевать трудности, ему необходимо сохранять позитивное представление о себе. И напротив, люди с низкой самооценкой так реагируют на ту или иную неудачу, что это затрудняет всякую возможность дальнейшего конструктивного развития «Я-концепции». Кроме того, они не только сами очень низко оценивают результаты своей деятельности, но и крайне озабочены мнением других, если со стороны последних наиболее вероятно неблагоприятная оценка. Многие авторы отмечают резкие колебания самооценки в старшем подростковом возрасте, с появлением ориентации на общение, на сверстников, на референтную группу. Следовательно, очевидна уязвимость подростков перед манипулятивным воздействием и давлением группы.

Действительно, среди факторов наркотизации особое значение уделяется группе, под влиянием которой происходит развитие личности подростка: семья, школа, неформальные группы и т.д.

Э. Смитт указывает, что уязвимыми компонентами образа «Я» являются семейные и социальные отношения, свидетельствующие о факте эмоционального отвержения в семьях аддиктов и возникающей в результате этого «социальной инфантильности». В частности, делается вывод о следующих причинах, склоняющих к употреблению наркотических веществ и имеющих отношение именно к особенностям воспитания и решения стрессовых ситуаций.

1. Низкая самооценка.
2. Фокусировка на внешнее окружение: оценка своего настроения на основании настроения других людей.
3. Неспособность идентифицировать или выразить чувства.
4. Неспособность просить помощь: «если ты сам не позаботишься о себе, то никто о тебе не позаботится».

## 5. Экстремальное мышление.

В литературе встречается и такая точка зрения, что на формирование наркомании оказывают влияние особенности характера, его крайние формы. А. Е. Личко выявил, что риск злоупотребления в целом наиболее высок для эпилептоидного и истероидного типов акцентуаций характера. Гипертипы проявляют особый интерес к галлюциногенам и ингаляторам, которые способны вызывать яркие и красочные фантазии. Кроме того, им свойственно стремление «все попробовать» и страсть к новым, неизведанным и все более интенсивным переживаниям. При эмоционально-лабильном типе риск в целом значительно ниже. При шизоидном типе преобладает тенденция к применению опийных препаратов и гашиша, т.е. желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Высокий риск наркомании у эпилептоидов можно объяснить присущей им силе влечений. При циклотимной, сензитивной и психастенической акцентуации употребление наркотических и психоактивных веществ, по данным В. С. Битенского, встречается редко.

По данным В. В. Дунаевского и В. Д. Стяжкина, первоначальный прием наркотиков в большинстве случаев носит психологически понятный характер. Многие старшеклассники хотели бы освободиться от чувства беспокойства, неудовольствия, усталости, душевной пустоты и скуки, которые могут возникнуть у любого субъекта в силу тех или иных жизненных обстоятельств, что особенно характерно для старшего подросткового возраста. Одним из главных побудительных мотивов к употреблению наркотиков является желание повторно получить субъективно приятно переживаемое чувство, которое вызывает введение в организм наркотического вещества. Каждый наркоман испытывает осознанное или неосознанное желание, чрезвычайно сильную потребность изменить свое эмоциональное или физическое состояние, самочувствие.

Среди причин, ведущих к первичному, а затем и системному употреблению нельзя не упомянуть и то, что называется мотивационной сферой. Многие старшеклассники – участники психокоррекционных групп, отвечающие на вопрос: «Почему ты начал употреблять наркотики?», говорят, в основном, о любопытстве, интересе, «престижности», нежелании быть «белой вороной», о желании пережить кайф, о котором слышали от знакомых, а точнее, от лучших друзей. Лишь один из 8 говорит о стрессе, неприятностях как о причинах первого употребления наркотических веществ.

Под вторичной профилактикой понимается система мер, направленная на восстановление и развитие утраченных в процессе упот-

ребления наркотических веществ психологических характеристик личности, а также повышение общей устойчивости личности к наркотической контаминации. Вторичная профилактика может осуществляться как в индивидуальной, так и в групповой форме, причем наиболее эффективным вариантом является сочетание индивидуальных и групповых занятий с подростками.

Рассмотрим вторичную профилактику как систему мер.

#### *Системные элементы*

- Диагностика уровня личностных расстройств. Диагностика осуществляется с помощью клинической беседы, модифицированного теста Кеттелла, УСК (уровень субъективного контроля в различных сферах жизнедеятельности). Кроме того, для диагностики и планирования коррекционной работы используются методики «репертуарных решеток» Келли и методики личностного семантического дифференциала.

- Разработка индивидуальной программы вторичной профилактики связана с постановкой коррекционных гипотез на основе полученных диагностических результатов.

- Реализация программы осуществляется в двух формах: индивидуальной и групповой.

Диагностика результата осуществляется с помощью клинической беседы, наблюдения за поведением клиента, а также с помощью уже упомянутых выше тестов, на основе которых отслеживается динамика изменений у каждого участника программы.

Коррекция результата осуществляется, в основном, с помощью индивидуальной работы, а также на марафоне, целью которого является наиболее интенсивная психологическая коррекция личности клиента за счет завершения работы, направленной на проверку и реализацию основной коррекционной гипотезы.

Психологическая поддержка постнаркотической личности осуществляется посредством постоянно действующих групп поддержки, продолжительность которых рассчитана на неопределенный срок. Работа этих групп направлена, прежде всего, на содействие в решении подростками текущих жизненных задач взросления и дальнейшую выработку психологической устойчивости.

Особенности вторичной профилактики наркомании у подростков заключены в самом предмете профилактики – в особенностях подросткового возраста. Исходя из этого положения, программа направлена на:

- развитие рефлексивного компонента личности;

- преобразование деструктивной тревожности, свойственной исследуемому возрасту, в конструктивную путем нахождения способов решения задач взросления.

Одной из частей реализации программы комплексной вторичной профилактики у старшеклассников, принимавших наркотики, является их участие в психокоррекционных группах.

Теоретической основой личностно-ориентированной психотерапии и психокоррекции является концепция психологии отношений, рассматривающая личность как систему отношений индивида с окружающей средой, как целостную, организованную систему активных, избирательных, сознательных и социальных связей с реальной действительностью, а невроз, развивающийся у подростков в процессе, как глобальное личностное расстройство, обусловленное нарушением особо значимых для личности отношений. В соответствии с этим основные психокоррекционные задачи при работе с наркозависимыми подростками заключаются в реконструкции и восстановлении нарушенной системы отношений больного, коррекции неадекватных форм поведения и эмоционального реагирования, иными словами – в психологической коррекции личности подростка посредством обучения его установлению отношений. Целью такого обучения является восстановление ее полного функционирования.

У каждого человека, а особенно в период решения им задач взросления, существует устойчивая тенденция строить на основе собственных представлений о себе не только свое поведение, но и интерпретацию индивидуального опыта. Поэтому роль скоро «Я-концепция» сформировалась и выступает как активное начало, изменить ее бывает чрезвычайно сложно. Кроме того, зачастую этот процесс становится болезненным для самого подростка и вызывает массу психологических и физиологических защит.

Несомненно, полностью изменить сущность подростка и его представление о ней практически невозможно, да и не имеет смысла, однако одним из направлений работы с подростками может быть работа по облегчению их самопознания. Смысл этого направления состоит в том, чтобы минимизировать деструктивную тревогу самораскрытия, свойственную данному возрастному периоду. Тревога в нашем понимании появляется параллельно с риском самораскрытия, однако деструктивная тревога направлена именно на то, чтобы никаким образом не рисковать в собственном развитии.

Иногда источником этой тревоги становятся родительские установки и социальные стереотипы, а способом избавления от нее у подростков – наркоманов выступает наркотик. Тогда задача групповой

работы с подростками – создание условий для нейтрализации этой негативной тревоги и увеличения возможностей безопасного в данной ситуации риска самораскрытия. Именно создание такой атмосферы в группе, где познание себя становится если не нормой, то хотя бы возможностью, побуждает подростка находить в себе новые возможности и овладевать ими, преодолевая, таким образом, различные препятствия на пути взросления и отказываясь от наркотиков.

Как известно, специфика групповой психокоррекционной работы заключается в целенаправленном использовании в терапевтических целях групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы. Группа является моделью реальной жизни, а внутригрупповые отношения – моделью тех отношений, которые каждый из участников группы строит с реальными людьми, составляющими его окружение. Возможность изменений личности подростка заключена в процессе самораскрытия на групповых занятиях: тренинг – место, где каждый может попробовать себя в новом качестве, не только не опасаясь за собственную жизнь и благополучие, но также и получив обратную связь.

Группа сверстников является источником многих, значимых для подростка, обратных связей, она дает возможность увидеть реакцию других людей на собственные проявления, и, возможно, изменить свое представление о себе, пусть не в лучшую сторону, но по направлению большей социальной адаптации. Роль обратной связи, таким образом, заключается, прежде всего, в том, что она является главным источником знаний подростка о самом себе, а, кроме того, побуждает подростка к тому процессу, который мы обозначили как самопознание.

Групповая личностно ориентированная психокоррекция дает возможность достичь терапевтического эффекта, с одной стороны, посредством осознания и понимания роли собственных личностных особенностей в возникновении межличностных конфликтов, с другой – реальной коррекции неадекватных реакций и форм поведения. Постепенно опыт переживаний становится конгруэнтным со структурой «Я», подросток начинает осознавать, что трудности его отношений с людьми кроются в нем самом, в его негибкой «Я-концепции».

В процессе межгруппового общения у подростка возрастает позитивное отношение к себе и другим, что служит залогом личностной реконструкции: клиент начинает объективно оценивать свои мысли, чувства, конфликты; в своем поведении он отказывается от всего того, что разъединяет его с людьми, начинает развивать те стороны его личности, которые являются притягательными для других, начинает трез-

во оценивать свои возможности, отказываться от необоснованных претензий.

В процессе групповой работы подросток осознает деструктивный характер своего поведения, изменяет свою самооценку в соответствии с реальным опытом, с тем, как его воспринимают и оценивают другие члены группы. В соответствии с этим М. Sugar выделяет следующие возможности групп:

- взаимодействие и конфронтация с ровесниками;
- создание миниатюрной реальной жизненной ситуации для изучения и изменения поведения;
- стимуляция новых путей взаимодействия с ситуацией и получения нового опыта в человеческих отношениях;
- стимуляция новых «Я-концепций» и новых моделей идентификации;
- формирование чувства меньшей изолированности в окружающем мире;
- наличие ощущения защищенности от взрослого мира;
- адекватная помощь;
- уменьшение сопротивления или подчинения, усиление независимости и идентификация с лидером;
- открытие проблем, связанных с взаимоотношениями с другими.

Подросток, таким образом, начинает открывать своим партнерам по общению в такой группе то, что он обычно скрывал от других людей, но знал о себе сам. Другие участники группы дают ему обратные связи, когда говорят о том, что вызвал в них его рассказ, что они почувствовали, как они его воспринимают и т.д. Если он способен принять эти обратные связи не отторгая, а лишь прислушиваясь к себе, к тому, что они, в свою очередь, вызывают в нем, то:

- расширяется открытая область знания о себе как за счет того, что он скрываемое делает открытым, так и за счет обратных связей;
- другие открывают в нем то, что видят в нем, но он сам о себе не знал;
- подросток начинает видеть то, о чем ни он, ни другие и не подозревали, его «Я» начинает проявляться свободнее и скрытая область его личности также начинает осознаваться.

Самое главное здесь заключается в том, чтобы ведущий группы обратил внимание подростков на их переживания, закрепив, таким образом, их личный (и поэтому ценный) опыт.

Возможность выяснения сути межличностных отношений и практической проверки собственных частных жизненных гипотез от-



носителем личности другого человека (других людей) без разрушительного столкновения с ними оказывается способной переструктурировать личностные ценности и пристрастия, дать начало интенсивному «развертыванию» процесса личностного роста и освоению коммуникативных навыков (коммуникативности) как существенных личностных ценностей.

Групповая работа с наркозависимыми подростками должна быть направлена на достижение двух основных целей: развитие рефлексии и содействие в решении подростками задач взросления. Помимо этого, в процессе участия в программе вторичной профилактики достигаются также другие цели.

- Повышение стрессоустойчивости. В тревожной атмосфере психокоррекционной группы стрессоустойчивость каждого участника существенно повышается. Он научается переносить отрицательные эмоции, не теряя при этом себя самого.

- Психокоррекционная группа предоставляет своему участнику эмпатическую поддержку и контакт, которого наркоман лишен в течение всего времени приема наркотиков, а также часто и задолго до этого.

- В психокоррекционной группе участник получает возможность для эксперимента поведением. С момента прекращения приема наркотиков, наркоманское стереотипное поведение приводит человека к постоянному стрессу. Мы знаем, что адаптивное поведение характеризуется способностью человека легко перестраиваться в различных ситуациях, а также находить себе поддержку. Бывший наркоман лишен такой способности. Именно в психокоррекционной группе участник получает безопасную возможность экспериментировать своим поведением и актуализировать в себе более гибкие поведенческие стратегии.

Групповая психокоррекционная работа позволяет воссоздать условия реальной жизни, показать подростку возможности его развития. Поэтому психокоррекционная работа с подростками должна сводиться к формированию у них установки на активное преодоление жизненных трудностей, ведущее к саморазвитию.

### **Реабилитационная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью**

Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у наркозависимого создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу.

При работе с больными наркоманией применяется *междисциплинарный подход*, включающий в себя работу нарколога, психолога, социального работника, который осуществляется как параллельно, так и одновременно.

Социально-медицинская работа с наркозависимыми клиентами состоит из нескольких стадий: оценка, определение средств вмешательства, работа с клиентом выбранным методом.

За рубежом наиболее типичная реабилитационная система предусматривает наличие центров, где больные наркоманией живут от одного до трех лет. Там они приобретают новую профессию, восстанавливают утраченные трудовые навыки. Пребывание в реабилитационном центре позволяет существенно изменить сложившуюся категорию ценностей, сформировать здоровые установки на будущую жизнь, порвать с бывшим криминальным окружением. Во многих центрах, когда больной готовится его покинуть, ему подыскивают работу, жилье. Но и после пребывания в центре с его выпускниками поддерживают связь, их вовлекают в работу клубов и других объединений.

Степень биологической зависимости у клиента выявляется с помощью диагностики. Для этого используется следующая схема, позволяющая определить степень привыкания к наркотическим средствам:

- психологическая зависимость;
- навязчивые мысли;
- навязчивые эмоции;
- низкая самооценка;
- негативные установки;
- негативная система оценок;
- галлюцинации;
- бессилие;
- физическая толерантность;
- физическое привыкание;
- нарушение памяти.

После выяснения картины наркотической зависимости разрабатывается план вмешательства в ситуацию клиента. Сегодня в практике зарубежной социальной работы сложились три основных подхода к решению данной проблемы: *инсайт-ориентированный подход*; *поведенческий подход*; *подход, основанный на самопомощи*.

*Инсайт-ориентированный* подход применяется в работе с госпитализированными клиентами, проходящими курс дезинтоксикации. Первичная помощь, оказываемая социальным работником, касается финансовых проблем и будущего места жительства клиента. В этот период возможны различные модели помощи, например клиент-

центрированная терапия. Одним из видов такой терапии является *модель прояснения ценностей*, предложенная Рэфсом и Харменом. В основе этой модели лежит понимание, что человек имеет возможность делать ценностные допущения. Ценности связаны с опытом, они не являются жесткими и постоянными. Это позволяет клиенту включать свободный набор ценностей исходя из своих возможностей и в своей ситуации, что в конечном итоге восстанавливает ценности, утраченные в результате интоксикации.

*Поведенческий подход* основан на изменении негативного или формировании позитивного поведения клиента. В качестве примера можно привести социобиохевиористский метод. Основу этого метода составляет изучение поведения клиента, контролируемое стимулами.

Классификация поведения основывается на оценке, определяют-ся основные линии поведения в социуме, уточняются стимулы, предшествовавшие изменению поведения, оцениваются последствия, после чего выбирается способ вмешательства.

Во многих странах мира существуют общественные службы помощи наркозависимых, среди них: службы добровольного консультирования, коммунальные антинаркотические службы, общественные организации типа Анонимных наркоманов.

*Служба добровольного консультирования.* Добровольные организации, которые координируют службы, помогающие злоупотребляющим наркотическими средствами и обеспечивающие консультирование и советы для самих пациентов и членов их семей. Добровольные организации обычно принимают клиентов прямо с улицы, а также и тех, кто направлен к ним из любого учреждения.

Коммунальная антинаркотическая служба включает многодисциплинарный коллектив, состоящий из социальных работников, инспекторов-воспитателей, психиатрических медсестер, консультантов, психологов и др.

Формируются группы анонимных наркоманов (группы АН). Группы самопомощи основаны на взаимоподдержке людей, имеющих сходные проблемы. В процессе общения бывшие наркоманы рассказывают, как они стали наркоманами, к чему это привело, как они учились жить без наркотиков. Такое общение укрепляет волю только что вступивших на путь избавления от наркотической зависимости людей, внушает надежду.

Анонимные наркоманы – международная общественная ассоциация выздоравливающих наркоманов. Начавшееся в 1947 году движение АН сейчас является одним из старейших и крупных среди сообществ подобного типа в мире. Оно проводит в семидесяти странах

еженедельно почти двадцать тысяч собраний. Анонимные наркоманы полагают, что один из ключей к успеху – их помощь друг другу в качестве психотерапевтов. В России также существует группа анонимных наркоманов.

Таким образом, во многих развитых государствах сегодня существует система правового, медицинского, социального обеспечения реабилитации наркоманов одновременно с мощной пропагандистской кампанией против наркотиков. В России, к сожалению, подобная система находится в зачаточном состоянии.

Сложные причины возникновения зависимости от наркотических и токсических веществ, приводящие в конечном итоге к заболеваниям, страданиям и инвалидизации человека, не дают возможности избавиться от нее лишь с помощью врача и медикаментов. Методы лекарственного лечения необходимы и эффективны лишь на первых этапах сложного процесса избавления от наркотической зависимости.

Полный курс лечения состоит из четырех этапов.

*Первый этап* – нейтрализация ядов в организме человека. С помощью специальных растворов и медикаментов осуществляется выведение и избавление организма от наркотических веществ. Процесс выведения наркотиков особенно необходим при передозировке. Существует несколько методов дезинтоксикации:

- Гемосорбция – пропускание крови через искусственный фильтр, состоящий из синтетических материалов (например, активированный уголь), которые впитывают и осаждают на себя тяжелые молекулы токсинов.

- Плазмафоре́з – разделение крови при помощи центрифуги на 2 составные части: кровяные тельца и плазму – жидкую часть крови без клеток, водный раствор различных белков. Именно в плазме при острых отравлениях содержатся токсины. После центрифугирования плазма с токсинами выливается, объем жидкости восстанавливается с помощью специальных растворов, и клетки крови возвращаются в кровеносную систему.

- Ликворосорбция – пропускание через искусственный фильтр (как при гемосорбции) ликвора – спинномозговой жидкости. Применяется редко.

*Второй этап* – это этап восстановления нормального функционирования всех органов и систем человека, нарушенных длительным разрушающим действием наркотиков, неправильным образом жизни.

*Третий этап* – мероприятия, направленные на отвыкание от наркотиков, преодоление вредной привычки. В этой фазе лечения на первое место выступает воспитательное воздействие. Необходимо вы-

звать у больного негативное или хотя бы нейтральное отношение к наркотикам. Взамен наркотическому дурману интересы больного должны быть направлены на добрые дела, полезные для общества. Этой новой ориентацией должны заниматься психотерапевты и психологи, социальные работники. Важность медикаментов отступает на второй план.

*Четвертый этап* – социальная реабилитация выздоравливающего пациента.

Отечественный ученый В. М. Бехтерев разработал систему групповой психотерапии избавления от наркотической зависимости, названную «триада Бехтерева». Ее составляли:

1) групповая беседа, в которой пациенты знакомились с отрицательным воздействием наркотика на организм;

2) гипносеанс, во время которого пациентам внушалось отвращение к наркотику и формировалась установка на трезвенническую жизнь;

3) обучение противонаркотическому самовнушению.

Условно-рефлекторная терапия вырабатывает отвращение к наркотику на основе рвотных реакций, страха в случае употребления наркотика, для чего пациент многократно приводится в крайне тяжелое, болезненное физиологическое состояние, доходящее иногда до комы.

Существует разновидность, когда применяется удар электрическим током, так называемый метод электрошока, или иные болезненные раздражители.

Обращение медицины к психике человека в избавлении его от наркотической зависимости привело к разнообразию вариантов и созданию комплекса мероприятий, названных психотерапией.

- Еще в СССР получил распространение метод трудотерапии. Он эффективен в период нравственной реабилитации бывших наркозависимых.

- Сейчас увлекаются разработкой различных методов по психотерапии в малых группах. Тренинги привлекают пациента к активным действиям в группе, выступлениям, обсуждению поставленных вопросов, участию по разыгрыванию ролевых ситуаций в лечебно-драматической ситуации – это метод так называемой психодрамы. Применяется психогимнастика, когда участники группы выражают эмоции с помощью мимики и пантомимы. Существуют другие варианты. Все они имеют вспомогательный характер с целью избежания рецидивов, нравственной реабилитации и помощи при адаптации в социальной группе после избавления от наркотиков.

- Метод кодирования А. Р. Довженко. Комплекс известен с давних времен и носит название шоковой терапии, целью которой является вселение в пациента чувства страха по отношению к какому-либо явлению, веществу или человеку. Вначале кодировщик читает лекцию-внушение, во время которой монотонным гипнотическим голосом объясняет задачу терапии, например прекращение употребления героина, и, рассказывая о потрясающих результатах лечения, настраивает на эффект. После группового или индивидуального внушения проводится собственно кодирование. Здесь добиваются, чтобы пациент испытал какие-либо резко отрицательные и внезапные ощущения.

- Метод Назаралиева из Бешкека. Ломки снимаются с помощью атропиновых ком. Затем следует психотерапия. Заканчивается метод введением пациенту химзащиты.

- «ДЕТОКС». Программа привлекает скоростью избавления от ломок, которые продолжаются 6 часов, проведенные пациентом в состоянии сна под медицинским наркозом. Человеку под наркозом вводят препарат класса опиатных антагонистов, которые вытесняют остатки героина из нервных клеток. После дезинтоксикации пациенту, по желанию, вводится «эндорфиновый препарат» для предотвращения на полгода пристрастия к героину.

- «КУНДАЛА» Маршака. В начале проводится дезинтоксикация по программе «ДЕТОКС». Затем специалисты 28 дней руководят реабилитацией, которая строится на 2-х направлениях религиозной психотерапии: на «йоге кундалини» – «йоготерапии» и на программе «12 шагов АН». Быстрая дезинтоксикационная терапия используется как вход в психотерапевтическую программу. Психотерапевтические упражнения с использованием энергии кундалини применяют для моделирования состояния наркотического опьянения.

- АН-программа взаимной поддержки людей, прекративших употребление наркотиков. Руководят ею бывшие наркоманы, а участие врачей и психологов в соответствии с идеологией движения считается мало желательным. Участие в этом движении людей, испытывающих зависимость от наркотиков, является добровольным и бесплатным.

## СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ОНКОЛОГИИ

### Социально-медицинские аспекты онкопатологии

В стране сохраняется высокая заболеваемость злокачественными опухолями. Численность контингентов онкологических больных, состоящих на учете в специализированных учреждениях, составила на конец 2001 г. более 2 млн. 164 тыс.

За последние годы специалистами достигнуты определенные успехи в лечении злокачественных новообразований и, таким образом, в целом улучшается прогноз заболеваний. Вместе с тем увеличивающаяся продолжительность жизни значительного числа пациентов не может оставаться единственным критерием уровня онкологической помощи. В организации медико-социальной помощи важнейшим является показатель излеченности от злокачественных новообразований, который означает не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу.

Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в стрессовой ситуации. Длительное тяжелое телесное заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, оперативное вмешательство, ведущее к инвалидности, угроза смерти и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения, изменяют систему ценностей, перестраивают личность больного и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни<sup>1</sup>.

Своеобразие клинического течения злокачественных опухолей, особенности их лечения, анатомо-функциональные нарушения, неизбежно возникающие после лечения и требующие коррекции вместе с тяжелым психологическим стрессом, определяют проблему реабилитации онкологических больных как важнейшую.

Базируясь на общих принципах, социальная работа в онкологии имеет и свои особенности. Известно, что диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях дает больным большой шанс на полное выздоровление. В этой связи *социальная работа с группами риска онкологических заболеваний* приобретает особое значение. Здесь специфическими являются формы профилактической работы, направленные на лиц, страдающих предопухолевыми заболеваниями,

---

<sup>1</sup> Мартыненко, А. В. Теория медико-социальной работы. [Текст] : учеб. пособие. / Мартыненко, А. В. – М. : изд-во МГСА, 2002.

из «раковых» семей, работающих на вредных производствах, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. Специалист социальной работы участвует в разработке и реализации целевых профилактических программ, проведении социально-гигиенического мониторинга, определении факторов риска, информировании населения о состоянии среды обитания и др.

Важнейшее место в социальной работе с онкологическими больными занимает *взаимодействие с членами семьи пациента и его ближайшим окружением*. Первоочередными мерами в этой группе можно назвать решение психологических проблем. Психологическая дезадаптация пациентов и членов их семей неблагоприятно влияет как на лечение, так и на качество их жизни. Психологические проблемы таких семей усугубляются материальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход за больными, ухудшением трудовой занятости родственников больных. Часто семья, борющаяся за жизнь близкого человека, не в состоянии сама справиться с обрушившимися на нее проблемами, становится объектом социальной работы.

Выраженные материальные проблемы у таких больных составляют свыше 80%, около 40% нуждаются в улучшении жилищных условий, не заняты трудовой деятельностью почти 90% родителей детей, страдающих онкологическими заболеваниями, а две трети пациентов и их родители не располагают информацией о доступной социальной помощи.

Основными мероприятиями в социальной работе с данными группами больных являются организация специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных стадиях онкологического заболевания, оказание им различных видов социальной поддержки и психологической помощи. Слабая социальная и психологическая защищенность больных с онкологической патологией неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и ухудшает качество жизни излеченных больных. У таких пациентов резко выражены психологические проблемы – чувство страха, обреченности, изолированности от общества. С учетом перечисленных проблем, особое значение в социальной работе приобретает взаимодействие и координация усилий специалистов смежных профессий – врачей, психологов, социальных работников.

В социальной работе с *группой инвалидов* необходимо отметить, что инвалидизация при онкологической патологии определяется не по основному заболеванию, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям, что обусловлено отсутствием критериев определения инвалидности у таких больных. При наличии медико-социальных про-



блем, характерных для групп инвалидов при других видах патологии, существует потребность в постоянном лечении, медицинском наблюдении, проведении паллиативной помощи. Психологические проблемы связаны с деградацией личности, патологической адаптацией к болезни. Здесь специфическими являются вопросы биомедицинской этики, связанные с отношением родственников и специалистов к умирающим больным. Часто возникает вопрос об эвтаназии – удовлетворении просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами. Следует отметить, что этот вопрос нашел свое решение в российском законодательстве – в соответствии со ст. 45 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», эвтаназия запрещена.

Изучая вопросы социальной работы в онкологии, Е. И. Моисеенко предлагает систему мероприятий постоянного психологического сопровождения на всех этапах работы с больными и членами их семей – от начала лечения больного до выздоровления. Автор предлагает создание различных групп психологической поддержки с обучением саморегуляции и самоподдержке, организации психологических тренингов для переживших утрату; организации встреч семей, имеющих больных со злокачественными новообразованиями, лиц, излеченных от них и волонтерами.

В НИИ детской онкологии и гематологии Онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина организована работа кабинета социальной и психологической реабилитации. Целью работы такого кабинета является организация системы медико-социальной помощи семьям, имеющим больных с онкологической патологией, на всех этапах лечения и диспансерного наблюдения. В задачи кабинета включены: учет больных со злокачественными новообразованиями и их семей; патронаж семей, имеющих больного с онкологической патологией в заключительной стадии заболевания; анализ и поиск путей решения социальных и психологических проблем семей больных; информирование больных злокачественными новообразованиями и (или) родителей больного ребенка о социальных льготах; контроль за соблюдением гарантированных прав больных со злокачественными новообразованиями и их семей; обучение волонтеров и координация их работы; организация групп психологической поддержки для данного контингента больных и семей, переживших утрату.

Социальная и психологическая реабилитация пациентов в центре осуществляется медицинским персоналом отделений, врачом-психологом, родителями, входящими в ассоциацию семей, имеющих онкологических больных, специалистами-онкологами из врачебной

ассоциации<sup>1</sup>. Независимо от возраста ребенка, нозологической формы опухоли, социального положения семьи, материального обеспечения первый этап работы начинается с беседы с родителями и родственниками о характере заболевания, необходимости длительного, изнурительного лечения, требующего изменения привычного образа жизни.

Следующим этапом является создание психологического комфорта для больного и его родственников от начала лечения, решение организационных вопросов в обеспечении круглосуточного пребывания матери и ребенка в отделении, информация о заболевании. Обсуждается возможность и целесообразность информирования родственников, друзей и знакомых о случившемся в семье. Врач сообщает о противоопухолевых препаратах, которые будет получать больной, об осложнениях, которые могут при этом последовать, о сроках их возникновения и как надо себя вести в такой ситуации.

Через 2-3 недели после начала лечения родители и дети по-разному, в зависимости от возраста, сознательно воспринимают всю тяжесть состояния, и первоначальное эмоциональное возбуждение сменяется депрессией, которая может продолжаться длительное время. В этот период важным является оценка личности ребенка, поддержка его интересов, возможность физического и психического восстановления, выяснения культурных и иных интересов, эмоциональная поддержка окружающих. Наступает время первого терапевтического интервала. Одни надолго исчезают с поля зрения специалистов центра, получая лечение у «целителей», другие возвращаются раньше установленного срока.

Когда наступает период излечения, ребенок встречает новые препятствия в достижении своих жизненных целей в связи с ограниченными способностями заниматься привычной деятельностью. Старшеклассники обсуждают вопросы своего трудоустройства с персоналом отделения, новыми друзьями; оценивают свои возможности.

Больные IV клинической группы выписываются на амбулаторное наблюдение и лечение к участковому педиатру. Эта группа детей и их родителей нуждается в специальной поддержке, так как многие мамы остались без работы, и единственным источником их материально-го обеспечения осталось их пенсионное пособие на ребенка.

Особое место в социальной работе в области онкологии занима-

---

<sup>1</sup> Матющенко, Л. И. Организация реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным. [Текст] / Л. И. Матющенко. // Социальные и онкологические проблемы детской онкологии : материалы I Всероссийской конференции с международным участием – М. , 1997. – С. 36-38.

ет *организация паллиативной (симптоматической) помощи инкурабельным онкологическим больным*. Паллиативная помощь представляет собой активную помощь клиентам с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой, оказание помощи клиентам до самой смерти. В комплекс мероприятий паллиативной помощи входят управление симптомами, в первую очередь болью, одышкой, расстройством сна, тошнотой и рвотой, кишечной непроходимостью, мочеполовыми нарушениями, беспокойством, тревогой, депрессией и др. Вопросы психосоциального характера предусматривают умение общения с пациентом и семьей после известия о смертельно опасном заболевании, уважать мнение пациента и семьи даже в случае, когда оно расходится с профессиональным решением.

В программе паллиативной помощи специалисты обеспечивают как физический уход, так и поддерживают эмоциональную и духовную сферу пациента и семьи, понимают и поддерживают роль священника в уходе.

Онкологические больные часто выбирают альтернативную терапию. Уважая такой выбор, специалисты обязаны дать классическую характеристику нетрадиционным методам лечения, уметь отличить шарлатанство от немедицинских методов лечения.

Разрешение перечисленных проблем оказания полноценной паллиативной помощи состоит в организации работы хосписов.

Хоспис нельзя рассматривать как учреждение, где люди умирают. Это система гуманистических мировоззрений, помогающая умирающему человеку прожить оставшуюся жизнь без чувства страха, по возможности полноценно. По определению Всемирной организации здравоохранения «паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс; паллиативный уход не ускоряет и не отдалает смерть, он обеспечивает систему поддержки семьи во время болезни их близких и в период скорби».

В хосписе оказывается медицинская, социальная и психологическая помощь. В рамках медицинской помощи медицинским персоналом проводится симптоматическое лечение и обезболивание. Социальные работники в объеме социальной помощи организуют материальную поддержку, содействуют в обеспечении гарантированных прав клиентов и их семей и др. Психологи и социальные работники оказывают помощь в снятии чувства страха, депрессий у больных и членов их семей, проводят психологические тренинги для родственников.

Обосновывая роль социального работника в онкологии, Е. И. Мо

исеенко рекомендует в функции специалиста социальной работы включать:

- проведение в лечебно-профилактическом учреждении диагностики социальных и психологических проблем больных онкологическими заболеваниями, лиц, излеченных от них, а также членов их семей;
- разработку и реализацию совместно с врачом, психологом и педагогом индивидуальных планов социальной реабилитации клиента;
- участие в проведении мероприятий по их социальной защите и поддержке, трудовому и бытовому устройству, продолжении обучения;
- информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе;
- предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с онкологическим заболеванием;
- оказание психологической помощи клиентам, а также членам их семей;
- организацию и участие в проведении медико-социальной экспертизы клиентов с онкологическими заболеваниями;
- организацию работы терапевтических сообществ больных онкологическими заболеваниями и лиц, излеченных от них, а также членов их семей;
- взаимодействие со средствами массовой информации и населением по разъяснению современных возможностей онкологии, формированию в обществе адекватного отношения к лицам, больным онкологическими заболеваниями и излеченным от них, раннем выявлении онкологических заболеваний и их профилактике;
- содействие интеграции деятельности государственных и общественных организаций и учреждений по оказанию помощи онкологическим больным;
- проведение социологических исследований по проблемам онкологической помощи клиентам и др.

### **Организация медико-социальной помощи онкологическим больным**

Медико-социальная помощь в индустриальных странах с высокоразвитыми системами здравоохранения подразделяется на профилактические, лечебные и реабилитационные услуги. В секторе здравоохранения современных индустриальных стран произошли сложные и взаимообусловленные изменения. Возросло значение профилактики и реабилитации. Наряду с диагностикой и терапией органических болез-

ней получили признание психосоматика учёт факторов риска, вытекающих из взаимосвязанного воздействия общества, рабочей и окружающей среды на здоровье и болезнь человека. В связи с этим Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1990 г. была разработана и провозглашена всеобъемлющая концепция охраны и укрепления здоровья, которая учитывается всё в большей мере в национальной политике здравоохранения индустриальных стран. Принципы охраны и укрепления здоровья, содержащиеся в концепции, имеют значение, как для профилактики, так и для реабилитации, как в системе государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Современная организация выявления, диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями, а также планирования онкологической службы выявила чёткие тенденции в динамике онкологической заболеваемости в сторону её неуклонного роста, в то же время происходит увеличение числа больных с 1-2 стадией опухолевого процесса, когда значительному числу больных можно отказаться от применения агрессивных и травматичных методов лечения приводящих к глубокой инвалидизации, в пользу функционально-щадящего лечения, имеющего высокий социальный и экономический эффект. Широкое внедрение в практику онкологии комбинированного и комплексного лечения привело к существенному увеличению продолжительности жизни онкобольных. Неуклонно растёт число онкологических больных III клинической группы, состоящих на учёте онкологических диспансеров и кабинетов, причём подавляющее большинство из них лица трудоспособного возраста, которые нуждаются в определении своего статуса. В то же время по статистике немалое число составляют больные с впервые выявленной 4 стадией онкозаболевания или его прогрессирование после лечения. А инвалидность, связанная со злокачественными заболеваниями занимает седьмое место в структуре инвалидности для России и стран СНГ. Таким образом, вопрос реабилитации онкологических больных является чрезвычайно актуальным и сложным.

Из сказанного выше вытекают особенности проведения реабилитационных мероприятий у онкологических больных: этапность процесса, где на каждом этапе лечения, последующего наблюдения и жизни больного применяются специальные методы реабилитации, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду, или создавать условия комфортного существования. Максимально раннее

начало лечения, непрерывность, преемственность и по возможности совместимость с лечебным этапом, комплексность и индивидуальность подхода.

Для достижения целей реабилитации онкологического больного применяются специальные методы или компоненты реабилитации. Следует подчеркнуть, что в современной клинической онкологии понятие лечение и реабилитация неразрывны, обеспечивая преемственность и последовательность этапов общего лечения.

*Лечебный компонент* является основополагающим, определяющим как результат лечения, так и реабилитации.

Наиболее часто применяются методы функциональной резекции, пластики местноразмещёнными лоскутами, микрохирургической аутотрансплантации тканей, а также имплантации искусственных тканей.

*Ортопедический компонент* реабилитации применяют в тех случаях, когда есть противопоказания к проведению реконструктивно-пластического лечения в связи с возрастом, сопутствующей патологией или прогнозом опухоли.

*Социально-трудовой компонент* реабилитации заключается в проведении комплекса упражнений лечебной физкультуры, адаптирующей и заместительной лекарственной терапии для восстановления функции оперированного органа, обучению или переквалификации для получения новой профессии. Этот компонент проводится совместно со ВТЭ и органами социальной защиты.

Перечисленные компоненты применяются на последовательных этапах реабилитации.

1. *Подготовительный (предлечебный).*

На этом этапе основное внимание следует уделять психике больного. Под воздействием мощной стрессовой ситуации у пациента, направленного в онкологическую клинику, возникают острые психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром. Психологически в беседах врачам необходимо больному информировать об успехах лечения онкозаболеваний, возможностях органосохранного подхода. По показаниям следует применять седативные препараты. Этот этап непосредственно связан со специальной медикаментозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий.

2. *Лечебный (основной).*

Он включает в себя операцию по удалению опухоли и сохранению или пластическому восстановлению анатомических основ функ-

ции оперированного органа. Это тоже может быть курс специальной лучевой терапии на опухоль с сохранением соседних тканей.

### 3. *Ранний восстановительный (послеоперационный).*

Важной задачей этого типа является его проведение в естественные биологические сроки до 2-3 недель, без срывов. Целесообразно применять апробированные в онкологии методы улучшения регенерации: низкоэнергетические лазеры, КВЧ – установки. В конце этапа необходимо начинать специальную ЛФК, в т. ч. на тренажёрах.

### 4. *Поздний восстановительный.*

Этап является непосредственным продолжением предыдущего. Продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа. Например, набор ферментных препаратов пищеварительного тракта, временно заменяющих их недостаток в организме при резекции желудка, поджелудочной железы и т. д.

Параллельно начинают проведение специальной противоопухолевой химио- и лучевой терапии. В связи с этим реабилитационные мероприятия планируются с учётом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес., который определяется индивидуальным планом лечения. За это время можно решать вопросы эстетической реабилитации, включая корригирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.

### 5. *Социальный.*

На этом этапе первостепенное значение приобретает психический статус онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке по нормализации психического статуса и гомеостаза.

Так как процесс лечения и реабилитации онкологических больных занимает в среднем от 3 до 6 месяцев, очень важной становится функция врачебно-трудовой экспертизы, особенно на последних этапах лечения.

Основными задачами МСЭ совместно с онкологами является установление степени утраты трудоспособности онкологического больного, причин и времени наступления инвалидности, определении для инвалидов условий и видов труда, а также мероприятия по восстановлению их трудоспособности, профессиональное обучение, переквалификация, восстановительное лечение, протезирование, обеспечение средствами передвижения.

Организационно МСЭ онкобольных осуществляется путём проведения специальных комиссий на базе областного, городского онко-

логических диспансеров, а также районной МСЭК с участием специально назначенного врача-онколога-эксперта.

МСЭ онкобольных имеет ряд существенных особенностей, связанных с характером течения заболевания и длительностью многокомпонентного лечения. Таким образом, основным фактором, играющим роль в экспертизе является прогноз заболевания, устанавливаемый специалистом онкологом. При проведении органосохранного лечения опухоли с начальными стадиями возможен пересмотр длительности листка трудоспособности в сторону увеличения.

В остальных случаях специалисты МСЭ руководствуются общими критериями инвалидности, адаптированными к онкобольным.

Первая группа инвалидности устанавливается при выраженном нарушении функции организма с потерей трудоспособности, необходимой посторонней помощи в уходе, неблагоприятном прогнозе заболевания. Этим критериям соответствуют онкологические пациенты, которые в результате лечения утратили важные функции как голосообразования, глотания и т. д. Например, трахео- и эзофагостомы вследствие ларингоэктомии, ампутация ведущей верхней конечности на уровне проксимального сегмента, орофарингостома и т. д. А также при наличии признаков прогрессирования опухоли после лечения или пациенты с впервые установленной четвёртой стадией. Причём в последнем случае возможно этапное освидетельствование со второй группы на первую без последующего переосвидетельствования.

Вторая группа инвалидности устанавливается при значительных функциональных нарушениях, которые не требуют посторонней помощи и приводят к длительной потере трудоспособности или когда доступны в ограниченных объёмах специальные формы труда. Под формулировку этой группы попадает значительная часть онкологических больных с третьей стадией заболевания, проходящие комплексное лечение рака лёгкого гортани, желудка, пищевода, прямой кишки, опухолей нижних конечностей и т. д.

Третья группа устанавливается лицам, которые по состоянию здоровья не могут продолжать трудиться в полном объёме по своей основной профессии. К этой категории относятся большая часть онкобольных начальных стадий на этапе завершения лечения заболеваний, таких как рак молочной железы, шейки матки, щитовидной железы и т. д.

В целях динамического наблюдения за течением патологического процесса и за состоянием трудоспособности проводятся периодические переосвидетельствования, как правило, раз в год.

Индивидуальный подход и всесторонняя оценка личности боль-



ного позволяет без ущерба для здоровья и согласно его желанию устанавливать уровни инвалидности и трудоспособности.

Важной составляющей социальных проблем, требующей столь же неотложного решения, является проблема получения образования онкологическим больным, находящимся в школьном и юношеском возрасте. Пути решения её должны проходить по нескольким направлениям, среди которых: разработка системы социальной педагогики, совершенствование подходов к организации домашнего обучения, разработка программ взаимодействия со школами, предоставление гарантированного права бесплатного обучения в техникумах и ВУЗах.

Важнейшее место в системе медико-социальной работы в онкологии занимает изучение и поиск путей решения психологических проблем у больных со злокачественными новообразованиями и их семей. С этой целью необходимо: создание групп психологической поддержки различной направленности, а именно, для больных, членов их семей, друзей, лиц, переживающих утрату, и т. д. с обучением саморегуляции и самоподдержке; организация встреч при участии психологов семей, имеющих больных со злокачественными опухолями, с таковыми, где взрослые (дети) излечены от них; открытие городской психологической службы «Телефон доверия для больных с онкопатологией и их семей»; ликвидация информационного вакуума, а также работа с обществом для формирования благоприятного, заинтересованного отношения к больным с онкологическими заболеваниями и их семьями.

Таким образом, реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем и комплексном лечении – многоэтапный процесс, восстановительный, по сути, и содержащий несколько важнейших компонентов – реконструктивно-пластический, ортопедический, социально-трудовой. Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер. Только так можно добиться успеха в восстановлении участия онкологического больного в активной жизни.

Ведущим направлением деятельности медико-социальной службы в онкологии является работа с группами риска. Регулярные профилактические осмотры населения, как взрослого, так и детского, формирование групп риска, пристальное наблюдение за ними с проведением комплекса корректирующих мероприятий медицинского и социального плана – это путь к снижению онкологической заболеваемости и её ранней диагностике, что в свою очередь послужит залогом повышения эффективности лечебных и реабилитационных программ.

Деятельность работника медико-социальной службы в онкологии должна распространяться и на всё население в целом. Широкая пропаганда успехов современной онкологии, возможностей достиже-

ния полного выздоровления и социальной адаптации лиц (взрослых и детей), излечённых от онкологических заболеваний, внесут существенный вклад в изменение бытующего в настоящее время общественного мнения о фатальности злокачественных новообразований. Новые знания об этой проблеме помогут уменьшить у населения страх перед онкологией, что в сочетании с успешно проводимыми мерами профилактики, включающими распространение здорового образа жизни, а также с достижениями в лечении будет способствовать решению многих проблем общества, обусловленных онкологическими заболеваниями.

#### *Перечень выделяемых обобщённых групп*

##### 1. Больные с онкологическими заболеваниями.

Это взрослые и дети, у кого диагностировано онкологическое заболевание, и кто отвечает одному из следующих критериев:

- получают специальное противоопухолевое лечение, имеют (или не имеют) инвалидность;
- специальное противоопухолевое лечение закончили менее 5 лет тому назад, имеют (или не имеют) инвалидность;
- специальное противоопухолевое лечение закончили более 5 лет тому назад – излеченные от злокачественных новообразований, инвалидность имеют или нет в зависимости от качества здоровья – физического, психологического и социального;
- противоопухолевое лечение отменено в связи с полным отсутствием эффекта от него, больной – инкурабельный, пациент хосписа, имеет инвалидность.

##### 2. Группа повышенного риска.

Это взрослые и дети, отвечающие одному из следующих критериев:

- страдают предопухолевыми заболеваниями;
- из «раковой» семьи;
- проживают на загрязнённых радионуклидами территориях;
- сами злоупотребляют курением или проживают в семье курильщика;
- работают на вредных производствах;
- получали длительно иммунодепрессивную терапию.

##### 3. Члены семей.

Это взрослые и дети, отвечающие одному из следующих критериев:

- родственники больных онкологическими заболеваниями;
- близкие друзья больных.

#### 4. Население в целом.

Это взрослые и дети, не входящие ни в одну из вышеперечисленных групп, к кому можно обращаться через средства массовой информации, в школах, поликлиниках, общественных организациях и объединениях.

#### 5. Персонал лечебных учреждений онкологического профиля.

Перечень объектов медико-социальной работы в онкологии необходимо дополнить ещё одной группой лиц, без решения множества социальных и психологических проблем которых трудно прогнозировать реальные успехи в онкологии – это персонал (в первую очередь медицинский) лечебных учреждений онкологического профиля.

### **Паллиативная помощь умирающим в хосписе**

К мероприятиям паллиативной помощи относится и организация хосписов. Надо отметить, что хоспис не следует воспринимать как учреждение, предназначенное для безнадежных больных, в котором они умирают, – хосписы помогают умирающему человеку прожить оставшуюся жизнь, не испытывая чувства страха, по возможности полноценно, получая медицинскую, социальную и психологическую помощь. В рамках медицинской помощи проводятся симптоматическое лечение и обезболивание; социальные работники организуют материальную поддержку, содействуют в обеспечении гарантированных прав клиентов и их семей и др.; психологи и социальные работники помогают избавиться от чувства страха, депрессии, проводят психологические тренинги для родственников.

Впервые хосписы были основаны католическими монахинями в Ирландии, в XVII веке. В США они возникли приблизительно 17 лет назад. С тех пор в стране появилось 1830 хосписов.

Первоначально термин «хоспис» имел значение гавани или безопасного места для путников и путешественников, где гарантировались пища, тепло, кров и другие основные удобства. Другими словами, эти безопасные стационары были убежищами. Позднее они планировались как больницы для умирающих больных. В настоящее время многим тысячам людей они дают поддержку в конце их жизни, давая им возможность умереть с достоинством в безопасной, благожелательной обстановке.

Уникальная философия хосписа по оказанию медицинской помощи привела к новому, особому прецеденту ухода за больными. Забота направлена на больного и семью с целью облегчения ухода или обслуживания на дому. Это обеспечивается круглосуточным дежурством междисциплинарной команды профессионалов и обученных добро-

вольцев. Они контролируют симптомы и боль без надежды на излечение. Большой штат волонтеров составляет неотделимую часть хосписа. Философией хосписного дела является признание умирания как нормального жизненного процесса. Вопреки общепринятому представлению, что неизлечимая болезнь – это вторжение в жизнь, она направляет внимание на поддержание качества и достоинства оставшейся жизни, не торопясь и не откладывая.

Больной и его семья должны лично войти в контакт с хосписом, когда жить осталось менее 6 месяцев. В направлении от врача указывается предпочтительный метод лечения. Акцент переносится с целительного на паллиативное лечение. Дома должен быть круглосуточный координатор по обслуживанию. Больной или члены семьи подписывают заявление о согласии лечения по поводу неизлечимого заболевания и предписание DNR (отказ от реанимации).

Пособия, включающиеся в систему хосписа, покрывают расходы на оснащение, снабжение, медикаменты, лабораторные исследования и траты, зависящие от стоимости консервативного лечения конечной стадии болезни, и также от степени поддержки семьи после тяжелой утраты. Пособие также покрывает редко требующееся больничное пребывание, связанное с болезнью.

Некоторые страховые компании и многие частные агентства субсидируют пребывание больных в хосписе.

Направление в хоспис выписывается, когда дальнейшее лечение становится бесполезным и нежелательным. Показаниями для направления также служат выраженная слабость, требующая постоянного медицинского обслуживания, и когда семья с трудом приспосабливается и адаптируется к тяжелой болезни любимого человека.

Стационарный уход хосписа может потребоваться, когда больной уже не способен ухаживать за собой и вести активный образ жизни. Определение больного в стационар должно рассматриваться в тех случаях, когда нет должного ухода дома, когда боли становятся неконтролируемыми, и требуются продолжительное применение обезболивающих препаратов и профессиональное наблюдение.

Большинство хосписов обеспечивает поддержку после тяжелой утраты всех непосредственных членов семьи в течение 1-3 лет после смерти больного. В течение 1 года после утраты в семье повышается склонность к болезням. Как показывает практика, на 40% увеличивается смертность среди вдов. Другие последствия включают алкоголизм, реактивную депрессию, которые могут быть облегчены длительной поддержкой сотрудников хосписа.

Вмешательствами, приемлемыми в условиях хосписа, могут быть кормление через зонд, антибиотикотерапия, химиотерапия и лечение с паллиативной целью.

В лечебные планы хосписа не включаются диализ, ИВЛ, парентеральное питание, интенсивные антибиотикотерапия и противовирусное лечение.

Наиболее важным клиническим фактором для оценки времени выживания является шкала Карнофски. Большинство пациентов в далеко зашедшей терминальной стадии болезни находятся в самом конце шкалы. К тому же продолжительность выживания уменьшается с возрастом, при тахи- или брадикардии, при обездвиженности и истощении.

Исторически сложилось, что медицина избегает спиритических аспектов, делая упор на психиатрические, социальные, психологические и финансовые стороны ухода за больными. Тем не менее, в профессиональную обязанность медиков входит осознание спиритических потребностей их клиентов. Делается это для облегчения больному доступа к источнику спокойствия и уверенности.

Умиравшие больные от медперсонала чаще хотят, чтобы их принимали за живых, а не за активно умирающих. Они хотят, чтобы акцент был на открытом, живом, поддерживающем настроении при общении (особенно при разговоре о смерти и умирании). Они считают заботливыми врачами тех, кто с ними неторопливо разговаривает, объясняя лечение и ситуацию в деталях, и обращаются с ними с достоинством и уважением. Исследования предполагают, что больные не боятся смерти так сильно, как боятся боли, изоляции, увечья или клинического ухудшения. Медперсонал очень тесно должен работать с больными, чтобы уменьшить эти страхи.

В хосписе сотрудничают врачи, сестры-регистраторы, диетологи, религиозные служители, психиатры, реабилитологи и страховые агенты, делая хоспис междисциплинарной и достаточно оперативной командой.

Средний срок пребывания в хосписе 30-45 дней.

Хоспис может не принимать больного, за которого третья сторона не оплатила стоимость обслуживания. Контакт с социальными работниками должен быть установлен как можно скорее после диагностирования рака для получения права на финансовую помощь, от какой-либо страховой кампании. Это может снять проблему оплаты и отсрочить конечную стадию болезни, когда больной не может быть переведен в результате утраты источника оплаты.

Федеральный закон в США, изданный в декабре 1991 года, обязывает все здравоохранительные агентства, которые субсидируются правительственной программой медицинской помощи, спрашивать больных об их желании составить наказ о жизни, либо доверенность поверенному. Наказ о жизни – законный документ, в котором может указываться желание больного умереть естественной смертью, без посторонних вмешательств со стороны персонала. Наказ о жизни может быть легко отменен путем собеседования с врачом, но аннулируется нечасто.

## **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ, ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

### **Социально-медицинские аспекты искусственного прерывания беременности**

Проблема аборт в современных социально-демографических условиях в Российской Федерации занимает особое место. Трагизм демографической ситуации в России заключается еще и в том, что на фоне крайне низкой рождаемости, значительного числа аборт участились случаи убийства новорожденных детей, возросли социальное сиротство, детская беспризорность и детская подростковая преступность. Численность детей-сирот в настоящее время более чем в 2 раза превышает число сирот в последний год войны. Но тогда это были истинные сироты – дети, лишившиеся своих родителей. Сегодня же около 95% детей, воспитывающихся в домах ребенка, детских домах и других учреждениях для детей, оставшихся без попечения родителей, составляют сироты при живых родителях. Распространенность и динамика аборт, уровень материнской смертности после аборт – показатели, по которым оценивается эффективность государственных мер по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом. Начиная с 2000 года, в России имеет место увеличение рождаемости с 8,7 до 9,8 на 1000 населения в 2002 году (12,6%). Однако остается низким суммарный коэффициент рождаемости – 1,31 в 2002 году (2000 год – 1,21) при необходимом его уровне для простого воспроизводства населения – 2,15. Сохраняются высокие уровни смертности и депопуляции населения. Показатель смертности в 2002 году составил 16,3‰, в 2000 году – 15,4%. При сложившейся демографической ситуации аборт и материнская смертность после аборт, несмотря на устойчивые тенденции к снижению, занимают ведущее место в структуре реализации репродуктивной функции женщины и структуре репродуктивных потерь. В России абсолютное число аборт в 2002 году составило 1782,3 тыс., показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста – 45,8; удельный вес умерших после аборт в структуре материнской смертности – 18,5%. Эти показатели превышают показатели экономически развитых стран.

Решение сложных медико-социальных и этических проблем аборт в последние годы в России, как и в мире в целом, осуществляется в рамках Концепции по реализации права на репродуктивный выбор, охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи, определенной документами в области прав человека и документами Всемир-

ной организации здравоохранения. ВОЗ более 30 лет назад признала аборт серьезной проблемой охраны здоровья женщин. Уровень абортот и материнской смертности после абортот находится в прямой зависимости от действующего законодательства в отношении абортот, от развития службы охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, распространенности и доступности современных методов контрацепции, квалифицированной медицинской помощи, эффективности образования, информированности и просвещения в этой области.

Смысл планирования семьи заключается не в ограничении рождаемости, как это сейчас происходит в Китае. Каждая семья имеет право самостоятельно принимать решение о числе детей, планировать беременность, но при этом не должны подвергаться риску здоровье женщины и младенца, а также ущемляться социальные установки женщин. Все люди обладают репродуктивными правами, основанными на принципах человеческого достоинства и равноправия. Но женщины играют особую роль в процессе воспроизводства населения, поэтому репродуктивные права фундаментальны для их социальной жизни и не могут рассматриваться вне концепции прав женщин. Возможность осуществить свои репродуктивные права зависит от статуса женщин в обществе.

Понятие репродуктивных прав включает целый перечень специфических прав, центральным из которых является право на принятие независимого и свободного репродуктивного решения, связанного с репродукцией, сексуальностью и благополучием. Далее, в эту группу входят права, связанные с вопросами защиты репродуктивного здоровья: аборт, безопасное материнство, проблемы подростков, СПИД и заболевания, передаваемые половым путем. Это означает признание мировым сообществом того, что право на репродукцию принадлежит не только семьям, но всем людям. Другим важным моментом является требование не только информации и просвещения в соответствующей области, но и средств (методов и ресурсов) для осуществления репродуктивных прав.

В настоящее время «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», определены правовые основы медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека (ст. 36). Перечень социальных показателей в соответствии с этой статьей утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 11 августа 2003 года № 485 и включает 4 позиции, вместо имевшихся ранее 13. На охрану репродуктивного здоровья, профилактику абортот направлена деятельность практически всей сети и кадров акушерско-гинекологической службы в



стране – от фельдшерско-акушерских пунктов, женских консультаций до центров планирования семьи и репродукции. В последние годы расширена тематическая последипломная подготовка врачей и среднего медицинского персонала по проблемам охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и профилактики аборт. Важнейшие стратегические направления по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и профилактики абортов явились продолжением начатой в 80-ые годы государственной поддержки охраны материнства и детства со значительными инвестициями в службу. В дальнейшем эти задачи решались в рамках федеральных целевых программ «Планирование семьи» и «Безопасное материнство». Программы были направлены на охрану репродуктивного здоровья населения, социальную поддержку материнства и детства, профилактику и снижение абортов, материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Аналогичные программы приняты и реализуются в субъектах Российской Федерации. Особую роль при этом сыграла целевая программа «Планирование семьи» (1993-1998 годы), разработанная Минздравом России в соответствии с международными правовыми стандартами. В период реализации программы закупалось дорогостоящее оборудование (ультразвуковое, эндоскопическое) для диагностики и лечения нарушений репродуктивной функции и около 40% средств этой программы ежегодно выделялось для закупки гормональных контрацептивов, для бесплатного обеспечения ими подростков и контингентов населения социального риска (малообеспеченных, инвалидов и др.).

В целом, организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, профилактике абортов, особенно с подростками и контингентами населения групп социального риска, осуществляется в субъектах Российской Федерации при взаимодействии органов и учреждений здравоохранения с органами и учреждениями социальной защиты, образования, молодежными службами, общественными организациями. Важным результатом реализации федеральных и региональных целевых программ, совместной целенаправленной деятельности органов и учреждений здравоохранения всех уровней явилось снижение числа абортов и материнской смертности после абортов в стране.

В Российской Федерации абсолютное число абортов за последние 10 лет снизилось с 2977,9 тыс. в 1993 году до 1782,3 тыс. в 2002 году (в 1,7 раза); показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста снизился с 81,9 до 45,8. В конце 80-х годов на одни роды было произведено 2 аборта, в начале 2000 годов – 1,28 аборта. Важным вкладом в развитие устойчивых положительных тенденций по сниже-

нию абортотв явилось развитие службы планирования семьи. Ключевую роль при этом выполняют около 500 центров планирования семьи и репродукции, являющихся методическими и практическими центрами в территориях по профилактике абортотв.

За последние 5 лет, несмотря на сохраняющееся уменьшение числа абортотв, темпы их снижения значительно сократились, что во многом обусловлено прекращением финансирования целевых программ по охране репродуктивного здоровья и профилактике абортотв на федеральном и региональном уровнях.

Отмечается рост числа абортотв у девочек до 14 лет с 1269 в 2000 году до 1343 в 2002 году. У девочек – подростков 15-17 лет 75% беременностей заканчивается абортотв, т.е. на 1 роды приходится около 5 абортотв.

Каждый десятый аборт в нашей стране производится в подростковом возрасте, что свидетельствует о недостаточной работе с подростками в области гигиенического и нравственного воспитания, а также по вопросам охраны репродуктивного здоровья и предупреждения нежелательной беременности. По данным социологических исследований до настоящего времени свыше 60% подростков и молодежи не информированы о методах контрацепции и последствиях искусственного прерывания беременности. Важной организационной мерой в связи с этим является создание молодежных центров (клиник), центров по охране репродуктивного здоровья и реабилитации, медико-социальной помощи, кризисных центров, служб доверия для оказания медико-социальной и психологической помощи подросткам и молодежи.

Степень риска абортотв для здоровья и жизни женщины определяется всем объемом квалифицированной медицинской помощи при проведении абортотв, с обеспечением ее доступности, качества и безопасности, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий абортотв (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после абортотв.

В структуре причин материнской смертности аборт занимает одно из ведущих мест, несмотря на то, что эта причина является наиболее предотвратимой. Около 70% женщин, умерших после абортотв, относились к группе социального риска (малообеспеченные, безработные, без определенного места жительства и др.). Среди умерших преобладает контингент сельских жителей (67%).

Результаты социологических исследований показывают, что основными факторами, влияющими на принятие решения о прерывании

беременности, являются: беременность вне брака (28,8%); низкий уровень жизни (ниже прожиточного минимума – 29,4%); отсутствие жилья (14%). При этом установлено, что незарегистрированный брак, как причина аборта, преобладает в группе пациентов до 18 лет, в то время как в зрелом возрасте на первое место выходят материальные трудности. Изначально нежеланной беременность была только у 68% женщин, в то время как у 32% на принятие решения об исходе беременности повлиял отец ребёнка и микросоциальная среда.

Реализация права на аборт является достаточно проблематичной и с точки зрения экспертов. Фактически врачи вынуждены брать на себя ответственность за аборт и его последствия, в том числе психологические. Психологами и специалистами по социальной работе не полностью укомплектованы даже специализированные столичные центры.

Представляется, что наряду с пробелами в механизме реализации закона существуют и особые вопросы, включая морально-нравственные, профессиональной подготовки врачей-ювенологов, детских гинекологов, специалистов по социальной работе и психологов. В идеале видится создание специальных подростковых (детских) центров репродуктивного здоровья, которых пока единицы.

Существуют различные виды выполнения операции по прерыванию беременности, при этом каждая операция предназначена для выполнения аборта лишь на определенном сроке беременности и отличается своими особенностями и осложнениями. Мини-аборт – этот метод применяется до 4 недель беременности. Классический аборт, к сожалению, для многих женщин России является главным средством предохранения от беременности. За год в мире 60 000 000 представительниц прекрасного пола проходит через абортарий. Из трех беременностей лишь одна заканчивается родами, а две – абортами.

С точки зрения современного российского законодательства законным считается искусственное прерывание беременности произведенное лицом, имеющим медицинский сертификат по специальности «врач акушер-гинеколог». Однако, в быту довольно часто используются криминальные методы прерывания беременности, нанося непоправимый вред здоровью женщины. Первый популярный способ подробно заключается в общем воздействии на организм. Чтобы вызвать плодизгнание женщина принимает горячую ванну или душ, обклеивает себя горчичниками. В ряде случаев манипуляции вызывают сокращения матки и выкидыш. К этому же способу можно отнести мытье на сроке 10-12 недель беременности потолка, длительную тряскую езду, умышленное падение на живот, к примеру со шкафа,

сдавление матки руками. Опасность заключается в развитии маточных кровотечений, которые достаточно трудно остановить. В зависимости от методики самостоятельного аборта летальность (женская смертность) колеблется от 25 до 40%. Наряду с введением твердых предметов особо сообразительные особы впрыскивают из шприцов, спринцовок и прочих подручных средств в полость матки различные жидкости. Используются самые различные вещества: спиртовая настойка йода, раствор марганцовки, столовый уксус, мыльная вода. Результат – заражение крови, химические ожоги, гнойное воспаление внутренних половых органов. В лучшем случае, удалив матку, женщине не удастся спасти жизнь, правда она уже не сможет иметь ребенка. В 30-60% случаев представительницы слабого пола просто умирают. Некоторые принимают гормональные лекарства или яды. Откуда простому человеку знать в какой концентрации лекарство вызовет выкидыш, подчас опытный гинеколог затруднится с ответом. Так и рождаются на свет дети с многочисленными врожденными уродствами, обреченные мучиться всю жизнь.

Осложнения после абортов могут развиваться у девушек спустя некоторое время (через нескольких месяцев и даже несколько лет). У 18% девушек через два месяца после сделанного аборта разовьется хроническое воспаление придатков матки, у 11% – эрозия шейки матки. Спустя два года после сделанного аборта эти показатели увеличиваются в несколько раз.

Одним из наиболее грозных осложнений абортов у нерожавших женщин является резкое увеличение риска развития рака молочной железы. Как известно, этот вид рака занимает первое место среди причин смертности от онкологических заболеваний во всем мире. Исследования показывают, что у нерожавших женщин, сделавших аборт, вероятность развития рака молочной железы увеличивается на 300%, а если такая женщина имела несколько абортов, и первый ребенок у нее родился не раньше 35 лет, то риск возрастает в 8 раз.

Особое место среди всех осложнений абортов занимает пост-абортный синдром. Этот синдром включает в себя различные симптомы, как физиологические, так и психологические. Многие из этих симптомов женщина никак не связывает с прошедшим абортом. Наиболее распространенными признаками постабортного синдрома являются: бесплодие и проблемы с зачатием, преждевременные роды, выкидыши, внематочная беременность, сексуальные расстройства, депрессии, чувство вины, суицидальные наклонности, злоупотребление алкоголем и наркотиками, отчаяние, доминирующее желание еще одной беременности, анорексия (отсутствие аппетита и желания

есть), ночные кошмары о детях и т. д. К сожалению, в России нет статистики по частоте возникновения постабортного синдрома, но можно с уверенностью сказать, что наберется очень немного женщин, которые смогли избежать его проявлений в том или ином виде.

Помимо вопросов репродуктивного и сексуального здоровья, существуют множество проблем взаимоотношений юношей и девушек. В число факторов снижения числа подростковых беременностей, например, в США включают не только более активное использование контрацепции, но и «широкое осознание проблемы власти, молодые девушки чаще говорят «нет», а молодые люди чаще относятся к их желанию с уважением». Прежнюю отечественную социально-кудьюрную норму, возможно уже не воспринимающуюся нашей молодежью о «женской чести» и «мужском достоинстве» необходимо модернизировать в новых понятиях, на языке прав, восприятия личностных качеств вне зависимости от пола, ненасилия в отношениях, что могло бы способствовать повышению толерантности во взаимоотношениях между полами в будущем.

### **Организационно-правовые основы и основные направления деятельности службы планирования семьи**

Подавляющее большинство семей в России, как и во всех развитых странах, регулируют число детей и сроки их появления на свет. Однако в большинстве развитых стран прошла так называемая контрацептивная революция, благодаря чему главным методом планирования семьи в них стало предупреждение беременности с помощью различных противозачаточных средств. В России до настоящего времени одним из главных методов планирования семьи остается прерывание беременности с помощью искусственного аборта. Хотя по официальным данным абсолютное и относительное число аборт в последние годы снижается в результате проводимых мероприятий в рамках федеральной программы «Планирование семьи», однако эти показатели остаются высокими. Из трех беременностей родами завершается только одна. В 2004 году в России произведено около 7 миллионов аборт. В стране ежегодно прерывается свыше 170 тысяч первых беременностей. У женщин в возрасте 15-19 лет на 100 рождений приходится около 130 аборт. Уровень использования современных методов контрацепции женщинами детородного возраста очень низкий. Недостаточна информированность о них не только населения, но и специалистов.

Одна из наиболее опасных тенденций в настоящее время – рост болезней, передаваемых половым путем, особенно среди молодежи в возрасте от 15 до 19 лет.

Неуклонно увеличивается добрачная половая жизнь. По данным Минздрава России, сексуальный опыт имеют 48% подростков, причем 35% из них начали половую жизнь в 12-13 лет.

Высокое число аборт и заболеваний, передаваемых половым путем, способствуют тому, что каждая десятая супружеская пара в нашей стране бесплодна.

Высокий уровень абортов, недостаточная информированность населения о безопасных для здоровья методах контрацепции, рост числа заболеваний, передаваемых половым путем, особенно среди детей и подростков, обуславливают социальную значимость проблемы планирования семьи. На решение этих задач нацелена федеральная программа «Планирование семьи». Программой предусмотрено создание в Российской Федерации службы планирования семьи.

Основой нормативно-правовой базы формирования службы планирования семьи явились приказы Минздрава России «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР» от 15 ноября 1991 г. № 186, «О проведении анкетирования пациентов центров планирования семьи и репродукции в 1997-1998 гг.» от 26 ноября 1996 г. № 392. Этими документами определены основные направления деятельности службы планирования семьи.

Центры планирования семьи и репродукции включены в номенклатуру учреждений здравоохранения. В 2000 г. в Российской Федерации действовало более 320 центров планирования семьи и репродукции. В лечебно-профилактических учреждениях создаются кабинеты планирования семьи.

Центры планирования семьи и репродукции организуются преимущественно на базе областных (краевых, республиканских) больниц. В ряде случаев они являются самостоятельными учреждениями, иногда в качестве структурных подразделений больниц, перинатальных центров, родильных домов, диагностических центров.

В ряде регионов наряду с центрами, выполняющими функции областного учреждения, создаются центры планирования семьи и репродукции по обслуживанию жителей городов.

Численность персонала, работающего в центрах, имеет большую амплитуду колебаний, в среднем – 20-30 должностей. Одна должность врача (суммарно по всем специальностям) приходится примерно на 60 тыс. обслуживаемого населения, должность среднего медицинского персонала – на 30 тыс. населения (указание Мин-

здрава России от 23 марта 1998 г. № 219-у «О штатно-организационной структуре центров планирования семьи и репродукции»). Среди врачей, работающих в центрах планирования семьи и репродукции, подавляющее большинство – врачи акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку по вопросам контрацепции, бесплодия, невынашивания беременности, оказания специализированной помощи детям и подросткам. В центрах работают врачи-урологи, ведущие прием по андрологии, сексопатологии, генетики, а также психотерапевты, эндокринологи, невропатологи.

В соответствии с названными указаниями Минздрава России в рекомендуемой штатно-организационной структуре центров планирования семьи и репродукции предусматривается деятельность социальных работников, руководителям органов и учреждений здравоохранения предоставляется право вносить изменения в структуру центров в зависимости от местных условий и потребности населения в том или ином виде помощи.

В ходе реализации проектов по проблемам молодежи Всероссийская ассоциация «Планирование семьи» пришла к выводу о необходимости развития в стране специальных служб для работы с подростками – медико-педагогических центров. Такие центры создаются в регионах распоряжением местных органов исполнительной власти, правовой статус определяется с учетом региональных особенностей.

*Основными направлениями деятельности центров являются:*

- целенаправленная информационная работа с различными категориями населения и специалистами для изменения отношения к планированию семьи, сексуальному воспитанию и поведению подростков на уровне общества и семьи;
- оказание медико-социальной и психологической помощи по следующим направлениям: планирование семьи;
- индивидуальный подбор контрацепции с последующим наблюдением;
- лечение и профилактика болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции, включая экспресс-диагностику; решение проблем психосексуальных взаимоотношений;
- правовая помощь;
- подготовка и повышение квалификации кадров, работающих в области планирования семьи и полового образования;
- обеспечение подростков и молодежи доступными средствами контрацепции и популярной литературой по планированию семьи;
- работа с подростками и молодежью в организованных коллективах в форме бесед, показа и обсуждения специальных видео-

фильмов, распространения информационных материалов о работе центра;

- индивидуальная работа с трудными подростками, с неблагоприятными семьями и инвалидами по оказанию помощи по планированию семьи и социально-психологической адаптации в семье и обществе;
- амбулаторное прерывание беременности с последующим подбором контрацепции;
- привлечение средств массовой информации для распространения и пропаганды идей планирования семьи в регионе.

Структура и штат центра определяются его руководителем с учетом предоставленных ему прав в соответствии с направлениями деятельности центра и потребностями региона.

В состав центра входят отделения: детской и подростковой гинекологии и венерологии; детской психиатрии, социальной реабилитации; городская медико-педагогическая школа по половому воспитанию; отделение платных услуг для населения старше 18 лет и др.

Основными задачами учреждений планирования семьи являются: информирование о репродуктивном здоровье и здоровом образе жизни; работа с молодежью группы риска; проведение социологических исследований и создание банка данных по проблемам планирования семьи; оказание консультативной помощи по межличностным проблемам; по вопросам контрацепции и заболеваниям, передаваемым половым путем; снятие «кризиса» при «неожиданной» беременности и сексуальной агрессии; учебно-методическая работа – подготовка специалистов для работы в области планирования семьи.

Консультирование клиентов осуществляется не только врачом-специалистом. Первичная встреча может проводиться инструктором, педагогом. По функциональным обязанностям консультантов 25% рабочего времени отводится на индивидуальный прием, 25% – методической работе (подбор специальной литературы, разработка программ, текстов буклетов, составление каталогов и др.)» 50% – образовательной деятельности. Услуги центра предоставляются анонимно и бесплатно, включая обеспечение контрацептивами.

Учетной формой обращения на индивидуальную консультацию, как правило, служит анонимная карточка, одну часть которой заполняет клиент, а другую – консультант. В карточке посетитель указывает пол, возраст, социальное положение, проблему, в связи с которой он обратился в центр, у какого специалиста желает получить консультацию. Консультант центра кратко описывает ситуацию, необходимые



данные, заносит рекомендации и сведения о выданных клиенту контрацептивах, тестах на беременность, брошюрах, буклетах.

В обязанности специалиста социальной работы в области планирования семьи могут быть включены:

- разработка совместно с врачом индивидуальных планов социальной реабилитации подростков после прерывания не планируемой беременности;
- оказание психологической помощи на разных этапах беременности и в послеродовом периоде;
- формирование у подростков и других клиентов ответственности за репродуктивное здоровье, социальное поведение и поведение партнера, разработка и организация мероприятий по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому устройству;
- выявление лиц, испытывающих негативное воздействие социального окружения по месту жительства, учебы, работы, оказание им необходимой помощи, проведение с ними индивидуальной работы по сексуальному поведению и ответственности за планирование семьи;
- оказание содействия детям и взрослым, нуждающимся в устройстве в лечебные учреждения по профилю планирования семьи, в получении материальной, социально-бытовой и иной помощи, потребность в которой связана с беременностью и рождением ребенка;
- направление на консультации по вопросам планирования семьи, оказание психологической и социальной помощи молодым супругам, бесплодным семьям;
- информирование о правах беременных женщин, льготах для беременных женщин и женщин, имеющих детей;
- организация взаимодействия учреждения со средствами массовой информации и населением с целью формирования адекватного отношения к проблемам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков, профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, сексуального образования подростков;
- обеспечение взаимодействия различных государственных и общественных организаций по оказанию необходимой социальной помощи населению, связанной с планированием семьи;
- взаимодействие со специалистами системы образования, социальной защиты населения и др.

## СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИИ

По данным ВОЗ, каждые десять лет число зарегистрированных больных с нервно-психическими нарушениями возрастает на 8-10%.

В настоящее время в России происходят социально-экономические преобразования, которые сопряжены с рядом факторов, оказывающих стрессогенное воздействие на большие группы населения. К ним можно отнести неудовлетворенность социально-экономическими реформами, социальную дезорганизацию людей, социально-экономическое расслоение общества, падение уровня производства и угрозу безработицы, многочисленные экономические и природные катастрофы, вооруженные конфликты, акты терроризма.

Однако этими причинами рост заболеваемости не исчерпывается. Одной из важных причин роста числа лиц с психическими расстройствами является ухудшение генофонда. Феномен прослеживается во всем мире, однако в России в XX веке из-за социальных катаклизмов он прослеживается особенно отчетливо. Первая и вторая мировые войны, гражданская война, коллективизация, сталинские репрессии, эмиграция привели к тому, что в значительной мере был утрачен высокий интеллектуально-генетический потенциал населения, ослаблен устойчивый эмоционально-волевой генотип.

К причинам увеличения числа лиц с психическими расстройствами следует отнести также и так называемую «ломку угрожаемых личностных структур». Резкое повышение темпа жизни, особенно во второй половине XX века, рост количества мощных фрустрирующих и стрессовых ситуаций, ограниченность свободы выбора в повседневной жизни привели к тому, что лица, имеющие ограниченные компенсаторные возможности, стали давать гораздо больше «срывов» в виде нервно-психических расстройств.

Тенденция к росту численности лиц с психическими расстройствами требует коренного изменения системы охраны психического здоровья и реабилитации. Лица с психическими расстройствами относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. При хронических психических расстройствах заметно нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности, соответственно снижается и возможность правильной оценки ситуации и моделирования адекватного поведения, снижаются также возможности самостоятельного жизнеобеспечения, создания и сохранения семьи, проявляется эмоциональная незрелость и коммуникативная неэффективность, рушатся социальные связи. Поэтому в организации психиатрической помощи особую значимость

приобретает восстановление способности жить и функционировать в обществе, то есть меры социальной реабилитации.

Т. В. Зозуля и И. Я. Гурович определяют социальную реабилитацию лиц с психическими расстройствами как комплекс социально-бытовых, социально-средовых, профессиональных, досуговых мер, целью которых является быстрее и наиболее полное восстановление утраченных человеком функций, личного и социального статуса. Р. М. Войтенко предлагает к мерам социальной реабилитации отнести коррекцию семейной ситуации, то есть изменение системы социальных отношений к реабилитанту со стороны родных и ближайшего социального окружения. М. М. Кабанов считает, что в рамках социальной реабилитации с общественностью необходимо проводить работу по расширению знаний о природе и проявлениях психических расстройств, изменению стереотипов, искаженного восприятия образа психически больного, его пугающего поведения с целью преодоления стигматизации лиц с психическими расстройствами и их семей.

### **Трансформация представлений в теории и практике социальной реабилитации лиц, имеющих психические расстройства**

Процесс исторического развития реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, напоминает нам, что путь к формированию современных воззрений извилист и противоречив. Кроме того, исторический подход не дает нам забыть, что всеми своими впечатляющими успехами современная психиатрия почти целиком обязана опыту прошлого, отмеченного как великими свершениями, так и досадными неудачами.

Предпочтительнее для сопоставления с современностью выглядит мир античности (Греции и Рима). Принципы врачебной этики, дающие нам право именовать медицинских работников людьми самой гуманной в мире профессии, в античные времена не были универсальными и общеупотребительными. Так, дошедшие до нас сочинения древнеримского врача Сорана (грека по происхождению) содержат описания приемов бережного и сострадательного обхождения с лицами, имеющими психические расстройства. Трактат Сорана, бесспорно, являет собой образец высочайшего врачебного гуманизма. В то же время гневные осуждения Сораном жестоких методов, использовавшихся при лечении психических расстройств его коллегами по профессии (содержание пациентов в полной темноте и голодный режим, доводящий их до истощения, заковывание в цепи, бичевание), свидетельствуют, что высокий гуманизм нельзя считать повсеместно распро-

страненным в греко- римском мире, в котором бесчеловечное обращение врачей с душевнобольными не являлось, видимо, большой редкостью.

Пришедшее на смену греко-римской античности Средневековье оказалось для психически больных еще менее гуманным. Наметившаяся в римском праве тенденция к освобождению некоторых душевнобольных от уголовной ответственности в средневековой Европе не получает сколько-нибудь заметного развития, хотя и не исчезает совсем. Более того, среди жертв церковных преследований в годы свирепых религиозных гонений на ведьм, колдунов и еретиков оказалось немало лиц с расстроенной психикой. Особо благодатный материал для обвинения в связях с нечистой силой могли представлять депрессивные больные с идеями самообвинения, больные с истерическими, параноидальными и некоторыми другими расстройствами.<sup>1</sup>

Среди их фанатичных преследователей и неутомимых доносчиков тоже, вероятно, встречалось немало психически нездоровых людей. Подлинной сокровищницей доказательств неисчислимых происков сатанинских сил оказалась для инквизиции, конечно же, феноменология психических расстройств. Свидетельства душевнобольных, ярко живописующих сцены сношений с дьяволом, лепили образ вездесущего и коварного князя тьмы зримо и осязаемо.

К началу XVIII в. психически больные оказались избавленными от угрозы сожжения по приговору инквизиционного суда (исключая разве что Испанию, где инквизиция свирепствовала еще целое столетие).

Но о гуманном отношении к лицам, имеющим психические расстройства, говорить было преждевременно. Для их содержания предназначались учреждения, которые трудно назвать клиниками для душевнобольных, ибо туда помещались также лица с соматическими заболеваниями, а зачастую еще и преступники, бродяги, проститутки, оставшиеся без семейного надзора беспомощные старики и калеки.

Условия содержания в этих заведениях были ужасающими. Посещавшие их время от времени представители власти, врачи из других учреждений и просто любопытствующие описывали увиденное как «жилища страдания, скорби и всяческой мерзости». Отмечалась невероятная скученность больных. В парижской больнице Отель-Дье на одной кровати умещалось от 4 до 6 человек. Иметь индивидуальную постель считалось привилегией, и такие постели составляли менее половины всего коечного фонда больницы (486 из 1220). Около 800

---

<sup>1</sup> Войтенко, Р. М. Социальная медицина и концепция реабилитации. [Текст] / Р. М. Войтенко. – СПб. , 2002.

больных лежали на соломенных тюфяках или подстилках, загрязненных до последней возможности. Вентиляция полностью отсутствовала, и персонал, чтобы освоиться с больничным воздухом, от которого он за ночь успевал отвыкнуть, входил в палату, держа под носом пропитанную уксусом губку.

В знаменитом английском Бедламе, имя которого стало нарицательным, множество больных содержались прикованными цепями к стене; голые люди валялись на соломе в одиночных камерах, куда едва проникал свет. О степени гуманности отношения к душевнобольным свидетельствует и такой факт: за умеренную плату публика допускалась в Бедлам по праздникам, как в зверинец, а вырученные деньги шли на содержание служителей. Но должный (даже по меркам того времени) уход за больными отсутствовал, что приводило к массовой гибели больных, хотя, по мнению сведущих в медицине наблюдателей и инспекторов, в иных условиях некоторые из этих пациентов могли рассчитывать на выздоровление и возвращение к нормальной жизни, то есть на реабилитацию.

Начало коренных преобразований, направленных на гуманизацию психиатрических служб, по праву связывают с именем французского психиатра Филиппа Пинеля. Символом его психиатрической реформы считается распоряжение о снятии цепей с обитателей домов для умалишенных, сначала в Бисетре, а затем в Сальпетриере.

Значение деятельности Пинеля огромно. Известный русский психиатр XIX столетия Н. Н. Баженов писал, что благодаря Пинелю «сумасшедшие были подняты до достоинства больных» и что именно с него «психиатрия ведет свое летоисчисление».

Реформы Пинеля принято связывать с Великой Французской революцией, во времена которой они начались. Влияние революционно-освободительных идей на гуманизацию психиатрической системы, безусловно, имелось. Однако не следует преувеличивать ее роль.

Пинель начал свою работу в Бисетре в августе 1793 г., когда обстановка никак не располагала к гуманности и милосердию. Острейшие политические столкновения, заговоры, войны, мятежи несли с собой разрушения и смерть. Нововведения Пинеля поначалу возбудили недоверие новых властей, его подозревали в сокрытии врагов революции среди помешанных. В случае подтверждения факта сокрытия над Пинелем нависла бы смертельная опасность.

Реформы, направленные на гуманизацию психиатрических учреждений, намечались еще накануне революции, и немалое число современников Пинеля разделяло его взгляды.

Среди них выделяется Пьер Жан Кабанис (1757-1808), врач и

философ. В своей книге «Об общественной помощи» Кабанис достаточно подробно касается вопросов помещения граждан в психиатрическую больницу. По его мнению, если проявления психической болезни незначительны, не угрожают ни собственной безопасности больного, ни безопасности окружающих, а также не нарушают общественного покоя, то никто не вправе посягать на его свободу. Напротив, государство обязано всемерно охранять ее. Ограничения свободы оправданы лишь тогда, когда душевное заболевание с достоверностью установлено, а предоставление больного самому себе причиняет значительные неудобства. Он может быть отдан на попечение родственников или помещен в специальное заведение. Власти обязаны следить за тем, чтобы лишение такого больного его гражданских и политических прав было отменено, как только врачи – единственные компетентные судьи в подобных делах – дадут соответствующее заключение. Если у находящегося в психиатрической лечебнице лица, по свидетельству опытных психиатров, не обнаруживается признаков помешательства, то ему следует предоставить полную свободу действий. Психиатрические больницы должны находиться под постоянным наблюдением административных инстанций и специальным полицейским надзором.

По существу, Кабанис защищает интересы здоровых граждан, чтобы их по ошибке не приняли за больных и не подвергли ограничениям, судьбу психически больных он целиком вверяет врачам.<sup>1</sup>

Правовая составляющая психиатрических преобразований, ведущих начало от реформ Пинеля, представлена психиатрическим законодательством. Первый такого рода законодательный акт был принят во Франции в 1838 г. (Закон о душевнобольных).

Он устанавливал систему надзора за психиатрической госпитализацией со стороны немедицинских органов и учреждений – префекта полиции, прокурора округа по месту проживания госпитализируемого и прокурора округа, на территории которого расположена психиатрическая больница. Заключение о необходимости помещения в нее гражданина мог дать лишь врач, не работающий в данной больнице и не состоящий в родстве с некоторыми заинтересованными лицами (например, с главным врачом больницы и с лицом, ходатайствующим о госпитализации). Предусматривалась также возможность, а в ряде случаев необходимость, через 15 дней от момента стационарирования получить от другого врача повторное врачебное свидетельство. Префекту и суду предоставлялось право давать распоряжение о немедленной вы-

---

<sup>1</sup> Дмитриева, Т. Б. Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии [Текст] / Т. Б. Дмитриева. – М., 2001.

писке гражданина из больницы, если, по их мнению, он содержится без достаточных оснований или с нарушением требований закона.

Гуманизация же психиатрии с конца XVIII в. и до XIX в. осуществлялась путем воспитания медицинских кадров в духе новой психиатрической идеологии, а также посредством организационных преобразований и принятия конкретных административно-управленческих распоряжений. Документами, в которых они находили свое отражение, могли быть лишь внутренние больничные уставы и циркуляры. Чтобы перенять передовой опыт, врачи и организаторы здравоохранения отправлялись в соответствующее учреждение и изучали его практическую деятельность прямо на месте.

В Англии, Германии и многих других европейских странах на протяжении первой половины XIX в. условия содержания психически больных в приютах и клиниках мало, чем отличались от условий их содержания во Франции в допинелевскую эру. Голод, болезни, высокая смертность и просто бесследное исчезновение отмечались в докладах инспектировавших эти заведения правительственных чиновников. За недобросовестные действия, приведшие к смерти больного, служителю или врачу грозили лишь легкие неприятности по службе. Врачи использовали в психиатрической практике с лечебными целями методы, представляющиеся нам сейчас не только медицински неграмотными, но и бесчеловечными. А методы были подчас самыми варварскими. Например, на голову больного из пожарного шланга обрушивались огромные массы холодной воды, что приводило не только к сильному психическому потрясению, но и физическим повреждениям – разрыву кожных покровов головы и кровотечению. Применялись всевозможные механические приспособления для длительной принудительной фиксации пациента в разных положениях (сидя, лежа, стоя); разного рода вращающиеся предметы (кровати, колеса и клетки, куда помещали больного). Практиковались телесные наказания, к примеру, порка розгами.

Все это, по мнению врачей, было призвано подавлять болезненные симптомы, пробуждать здоровые представления и чувства, воспитывать волю. Сейчас даже трудно представить, что подобные средства практиковались дипломированными врачами и специалистами еще полтора века назад. Психиатрии приходилось вести борьбу не только с грубым невежеством, лежащим за пределами медицинских знаний, но и с заблуждениями самой психиатрической науки того времени, оборачивавшимися жестокостью по отношению к пациентам.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Очерки социальной психиатрии [Текст] / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998.

Начатый еще Пинелем процесс гуманизации психиатрии был продолжен сторонниками так называемой системы нестеснения (по restraint) при оказании психиатрической помощи. Они призывали к ликвидации смиренных рубашек, оставленных Пинелем в арсенале средств психиатрического ухода. Вершиной преобразований признана «система открытых дверей», введенная в Шотландии в 70-е годы XIX в. и заключающаяся в почти полной ликвидации в психиатрических больницах запирающихся палат и решеток. Подавляющему большинству больных дозволялось свободно перемещаться по больничной территории.

XIX век порождает и передает затем следующему столетию некоторые феномены, затрагивающие и психиатрию. Одно из таких заметных явлений – социал-дарвинизм. Он возник на основе эволюционного учения Чарльза Дарвина, несомненно, величайшего научного открытия XX века. Идеи Дарвина о борьбе за существование и выживание наиболее приспособленных особей как обязательном условии эволюции органического мира были некритически перенесены социал-дарвинистами из биологической среды на социальную, что привело в конечном итоге к крайне реакционным политическим выводам. Некоторые категории людей (преступники, бродяги, нищие, алкоголики, лица, страдающие тяжелыми неизлечимыми заболеваниями) объявлялись социально «неприспособленными», а само их существование – опасным для перспектив общественного развития, поскольку исчезновение с прогрессом науки механизмов естественного отбора в человеческой популяции ведет к накоплению в обществе «неприспособленных» индивидуумов. Это, по мнению социал-дарвинистов, в будущем чревато трудноразрешимыми проблемами, и потрясениями и даже деградацией и вырождением человечества.

Для защиты от этих гипотетических угроз предлагались разные меры – от сегрегации и стигматизации отдельных групп населения, препятствования появлению у них потомства (например, с помощью насильственной стерилизации) до физического уничтожения. Все подобные меры объединяло одно общее свойство – крайняя антигуманность. Особенно потрудились на этом поприще германские нацисты, использовавшие социал-дарвинистские идеи для обоснования своей преступной политики массового уничтожения людей. В число жертв нацистского геноцида попали и лица с психическими расстройствами. Эти трагические события позволили острее осознать недостаточную прочность гуманистических завоеваний XIX столетия.

В течение многовекового развития психиатрии мнение лиц, имеющих психические расстройства, не учитывалось в процессе лече-



ния и реабилитации. Беседа врача с больным, в ходе которой выяснялось его субъективное отношение к принимаемым или планируемым психиатрическим мерам, имела чисто врачебные («внутримедицинские») цели – установить с пациентом должный психологический контакт, успокоить его, обнадежить. Ни врач, ни другие лица, участвующие в оказании психиатрической помощи, не обязывались всерьез считаться с пожеланиями и требованиями больного, а тем более удовлетворять их, если они расценивались как недостаточно обоснованные, не идущие на пользу больному, ненужные или по какой-то иной причине недостойные внимания врача. В психиатрии господствовала патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента. Она предусматривала оказание больному квалифицированной медицинской помощи в рамках заботливо-попечительского отношения к нему как к лицу, неспособному понять, какие меры действительно необходимы для его же собственного блага.

Качественный прорыв произошел лишь в последней трети XX века с провозглашением беспрецедентно новых для психиатрии принципов автономии личности и самоопределения больного. Отныне, если пациент признан компетентным в понимании сути подлежащих применению психиатрических мер, то он наделялся правом принимать самостоятельные решения. Среди пациентов, признаваемых «компетентными», оказалось немало лиц с тяжелыми психическими расстройствами, которых раньше признавали неспособными к принятию разумных решений. На смену патерналистской модели пришла модель партнерского (или терапевтического) сотрудничества врача и пациента.

С ее внедрением в практику впервые за всю историю психиатрии психически больной из объекта осуществляющихся в отношении него действий (даже если эти действия состоят в заботливом уходе и качественном лечении) превращен в субъекта, наделенного правом свободного выбора по вопросам обеспечения его психиатрической и реабилитационной помощью.

Во многих странах был проведен целый ряд реформ по развитию новой системы учреждений медико-социальной помощи лицам, имеющим психические расстройства. Реформирование заключалось в организации психиатрических отделений в составе больниц общего типа, создании широкой сети различных внебольничных форм помощи – консультативных клиник и центров, амбулаторных отделений при территориальных центрах психического здоровья.<sup>1</sup>

При организации внестационарной службы большое внимание

---

<sup>1</sup> Некрасов, А. Я. Международный опыт социальной работы. [Текст] / А. Я. Некрасов. – М., 1994.

уделялось обеспечению социореабилитационной помощи. Создавались службы психотерапии и социальной реабилитации, клубы, центры трудотерапии. Основным мотивом для развития социальной помощи стала убежденность в том, что потребность в медицинской, в частности психофармакологической, помощи составляет лишь небольшую часть потребностей психически больного человека. Главной целью психиатрии становится интеграция больного в общество, взаимодействие больного в обществе.

Родоначальником общественной или социально ориентированной психиатрической службы стала Англия, позже к ней присоединились США и Канада. В общественной психиатрии большой удельный вес отводится не медицинским учреждениям, а социальным службам, которые призваны помочь больному в любой сфере его жизни с учетом его желаний и потребностей. Специалист по социальной работе становится ключевой фигурой в организации и оказании помощи психически больным. В психиатрических стационарах он участвует в диагностике и реабилитации, особенно перед выпиской, в работе с родственниками, дает советы, где получить финансовую помощь, решает вопросы сохранения жилья и рабочего места.

Одной из наиболее распространенных моделей общественной психиатрии является модель «менеджмент случая», которая более характерна для США и Канады.

Понятие «менеджмент случая» вышло из понятия «тренинг общественного образа жизни». Эта модель характеризуется индивидуализированным подходом к лечению, гибкостью, протяженностью, сотрудничеством между учреждениями и непрерывностью помощи. В основу заложен метод бригадной внебольничной терапии. В обязанности специалиста по социальной работе входит организация мониторинга и оценка эффективности. Специалист становится главным куратором психически больного, обеспечивает ему всестороннюю социальную помощь.

Основными принципами данной модели являются: проблемно-центрированный подход, круглосуточная помощь больному, избегание стационарного лечения, в крайнем случае, кратковременная госпитализация в кризисный стационар. В результате деятельности этой модели отмечается повышение уровня социального функционирования пациента и уменьшение его потребности в госпитальной помощи. Данная модель ориентирована на изучение и удовлетворение потребности больного в процессе реабилитации.

Парадигма партнерского сотрудничества в отдельных странах сформировалась лишь в последней трети XX столетия и заняла господ-

ствующее положение, прежде всего, в странах Западной Европы и Северной Америки. Срок незначительный, чтобы принципы прежних моделей безвозвратно ушли в прошлое. Поэтому неудивительно, что в ряде стран организация психиатрической помощи все еще базируется на несколько иных началах (Индия, многие развивающиеся государства).

В настоящее время предпринимаются попытки унификации разных систем с помощью международно-правовых документов, служащих образцом для национальных законодательств и национальных систем практической организации психиатрической помощи и реабилитации. Но расхождения между отдельными государствами в этой сфере пока сохраняются.

Русские психиатры последовательно отстаивали принцип нестеснения в обращении с пациентами, а также систему открытых дверей, вводимую в стационарных психиатрических учреждениях с 70-х годов XIX столетия. Среди врачей и ученых, внесших наибольший вклад в становление в России научной психиатрии и в ее гуманизацию, можно назвать имена Виктора Хрисанфовича Кандинского, Владимира Ивановича Яковенко, Владимира Петровича Сербского, Сергея Сергеевича Корсакова.

С именем последнего связаны коренные изменения в деле ухода за душевнобольными. В 1895 году в московской психиатрической клинике были окончательно упразднены изоляторы; они превратились в квартиры ординаторов и в химическую лабораторию. Решетки были сняты во всех отделениях. И клиника наполнилась светом и воздухом.

В 1911 г. на I съезде Русского союза психиатров и невропатологов Н. Н. Баженов в своем докладе изложил проект Закона о душевнобольных с пояснениями. Представленный Баженовым законопроект охватывал широкий круг проблем. Среди них проблемы организации психиатрических учреждений, их финансирования и государственного управления ими, проблемы учета лиц с психическими расстройствами и правового положения врачей-психиатров. Законопроект содержал запрет на использование «грубых средств стеснения» при содержании больного в психиатрическом учреждении, при доставке в больницу или при переводе из одной больницы в другую. К грубым средствам стеснения были отнесены кандалы, цепи, связывание веревками.

Проект Закона о душевнобольных так и не успел стать действующим законодательным документом. Заложенные в нем основные идеи свидетельствуют, что на кануне поворотного для судьбы России 1917 года правовое обеспечение психиатрического дела в нашей стране приблизилось к уровню самых передовых в этом отношении стран.

В медицине с первых дней советской власти не запрещалось положительно отзываться о достижениях дореволюционного здравоохранения, говорить о преемственности советской медицины с лучшими достижениями медицины прошлого.<sup>1</sup>

Отечественная психиатрия особое внимание уделяла трудовой реабилитации, «общественно полезному труду больных» и «экономической целесообразности». Трудоспособность считалась главным показателем социальной адаптации, и ее восстановление становилось основной целью реабилитационных мероприятий. Они заключались в организации трудовой занятости пациентов психиатрических стационаров, трудотерапии в лечебно-трудовых мастерских, которые функционировали в структуре психиатрических больниц и диспансеров.

Первым законодательным актом, имевшим частичное отношение к оказанию психиатрической помощи, явились «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (введены в действие с 1 июля 1970 г.). Основными в законодательном регулировании психиатрической помощи были «обязательность» (постоянное диспансерное наблюдение и лечение всех психически больных) и «принудительность» (неотложная госпитализация тех из них, чье поведение представляет опасность для себя и окружающих).

В СССР получила распространение практика недобровольного помещения в психиатрическую больницу определенного контингента граждан перед государственными праздниками и важными мероприятиями (съездами КПСС, московской Олимпиадой и т.п.). Госпитализации подлежали, в частности, находившиеся под надзором психиатров диссиденты, могущие омрачить торжества публичными акциями протеста. В порядке неотложной госпитализации стационарировались в психиатрическую больницу граждане, прибывавшие в Москву в высшие партийные и государственные органы с жалобами на действия местных властей. Бригады скорой психиатрической помощи забирали жалобщиков прямо из приемных высоких столичных учреждений.

Многие советские психиатры придерживались традиционных патерналистских взглядов. Они искренне не понимали, какое отношение имеет к оказанию психиатрической помощи принцип соблюдения прав человека. По их мнению, в отличие от соматической медицины, где для диагностики заболевания имеются объективные методы, а также объективно воспринимаемые симптомы, в психиатрии диагноз ставится главным образом на основании анализа поведения пациента. Но при этом поведение расценивается как «нормальное» или «ненормаль-

---

<sup>1</sup> Очерки социальной психиатрии [Текст] / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1998.

ное», исходя из социальных критериев и оценок (религиозных, моральных, правовых). В результате в разряд психически больных попадают люди, чье поведение противоречит нормам и ценностям, предписанным обществом.

Психиатрия предстает инструментом социального контроля над инакомыслием и общественным нонконформизмом.<sup>1</sup> Средства, находящиеся на вооружении психиатров, по своей природе сугубо репрессивны. Это стигматизация инакомыслящих с помощью психиатрического диагноза, их изоляция в стенах психиатрических больниц, терапия, оказываемая на деле не лечением, а каторгой («цепи, наложенные изнутри», «химическое связывание» с помощью психотропных препаратов, подавляющих волю и жизненную активность). Таким образом, психиатрия представляла собой орудие политической репрессии, морального и физического насилия.

Критика советской психиатрии началась в отечественных средствах массовой информации одновременно с политической перестройкой и гласностью М. С. Горбачева. В 1988 г. принимается первый пакет нормативно-правовых актов по проблемам психиатрии. Основной из них – «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи» – был утвержден Указом Президиума Верховного Совета СССР и введен в действие с 1 марта 1988 г. В «Положении» закреплялись некоторые важные принципы и нормы, получившие дальнейшее развитие в ныне действующем законодательстве.

Лицам с психическими расстройствами гарантировалось: бесплатная квалифицированная медицинская помощь на основе современных достижений науки, техники и медицинской практики; применение щадящих медицинских средств, а также наименее ограничительных условий содержания, необходимых для достижения целей лечения; уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; социальная и правовая помощь, судебная защита, прокурорский надзор, помощь адвоката. При этом недостаточно учитывались проблемы целостной личности во всех ее многообразных отношениях и связях с окружающей социальной средой, так как в психиатрии преобладал клинико-биологический подход.

Вместе с тем в последние годы становятся все более отчетливо видны слабые стороны подобной модели реабилитации, согласно которой основным является компенсация функциональных нарушений. С этих позиций функциональные нарушения и возможности их компенсации отслеживались, в основном, по их влиянию на продолжение тру-

---

<sup>1</sup> Очерки социальной психиатрии [Текст] / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998.

довой деятельности. Под реабилитацией понималась «система государственных, социально-экономических, медицинских, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду». Из определения следует, что целью реабилитации является «предупреждение развития патологических процессов», ибо она по существу сводилась к восстановительной медико-биологической терапии.

Бесспорно, роль «долечивающей» восстановительной терапии не следует преуменьшать, однако она не может подменить личностно-ориентированную концепцию индивидуальной программы реабилитации как системного многоуровневого процесса, включающего не только биологические, но и личностно-социальные аспекты жизни больного.

Стремление свести реабилитацию к «системе государственных, социально-экономических мероприятий», имеющих конечной целью «возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду», ведет к тому, что болеющий человек рассматривается как пассивный объект приложения «системы мероприятий».

В процессе социальной реабилитации глубоко не анализировались индивидуальные особенности системы отношений больного, его уровня притязаний, представления о личном и социальном комфорте и возможностях его достижения в ситуациях «болезнь», «инвалидность». Напротив, больному и инвалиду цели реабилитации в достаточно жесткой форме предлагались извне, без учета его личных интересов, преимущественно в зауженном русле социально-трудовой и профессиональной реабилитации. Упоминание о «возвращении в общество» на практике вновь сводилось к трудовым рекомендациям.

Малоизученными оставались другие стороны жизни психически больного, связанные со снижением способности к самообслуживанию, передвижению, коммуникации, выполнению других форм социально значимой деятельности.

В 1992 г. Верховным Советом РФ был принят Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Его правовую базу составила принятая Верховным Советом РСФСР в 1991 г. и вошедшая в текст действовавшей тогда (до 1993 г.) российской Конституции «Декларация прав и свобод человека и гражданина». Это позволило привести новый закон в соответствие с международными стандартами прав человека.

Психиатрическая и социально-реабилитационная помощь ли-

цам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и предоставляется бесплатно. Главным принципом оказания помощи является ее добровольность. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия родителей или опекуна.

В законе предусмотрено обеспечение социально-бытового и трудового устройства лиц с психическими расстройствами. Предлагаются методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих места для лиц, имеющих психические расстройства.

Отдельные статьи законодательства не всегда исполняются в связи с тяжелым социально-экономическим положением в стране, но в целом принятие закона значительно повысило защищенность психически больных и лиц, оказывающих им психиатрическую и социальную помощь.

Изменение идеологии в отношении лиц с психическими расстройствами привело к тому, что на них распространяется ведущий принцип социального устройства современного общества – принцип равных социальных прав и возможностей, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его психических и интеллектуальных особенностей. В соответствии с этим лица с психическими расстройствами рассматриваются не только как объекты социального воздействия, но также как субъекты своей собственной жизнедеятельности.

### **Содержание и методика социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами в современных условиях**

Изменения в отечественной психиатрии связаны с принятием закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» 2 июля 1992 г. Его правовую основу составила «Декларация прав и свобод человека и гражданина» и «Принципы защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии». Закон ориентирован на соблюдение гражданских прав больного, признание его как личности, способной самостоятельно распоряжаться своей судьбой, или обеспечения опеки и защиты государства при неспособности больного к самостоятельной жизни.

Гарантируется государством и предоставляется бесплатно психиатрическая и социально-реабилитационная помощь лицам с психическими расстройствами.

Концепция реабилитации вначале исходила из идей так называемой физической медицины. В дальнейшем она была дополнена положениями социальной гигиены, психологии, педагогики, социологии и других дисциплин. Поэтому стали выделять медицинскую, психологическую и социальную реабилитацию в системе охраны психического здоровья. Начальным этапом работы с лицами, имеющими психические расстройства, является составление индивидуальной программы реабилитации с учетом реабилитационного диагноза, конкретной реабилитационной цели, реабилитационного потенциала и трех основных аспектов: медико-биологического, психологического и социального.

Следует особо подчеркнуть, что реабилитация направлена на реализацию конкретной реабилитационной цели, поэтому она может быть не только полной, но и частичной. В реализации ИПР выделяют конкретные этапы, последовательность действий и промежуточные результаты. Вместе с тем, прежде чем формировать ИПР, необходимо оценить реабилитационный потенциал индивида, причем анализу подлежат сохранившиеся возможности организма и личности, а не констатация утраченного.

Поэтому под реабилитационным потенциалом понимаются биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие дефекта или болезни. Реабилитационный потенциал лиц с психическими расстройствами анализируется и оценивается по нескольким направлениям:

- состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, мышление);
- особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация);
- особенности внутренней модели болезни, то есть представления самого индивида о сущности его заболевания, возможностях терапии (объем, качество, продолжительность), степени сохранившихся компенсаторных механизмов.<sup>1</sup>

Однако реабилитационный потенциал психически больного не исчерпывается реабилитационным потенциалом организма и личности. Человек, имеющий болезнь или дефект, существует и действует в определенном социальном окружении, то есть имеет так называемое социальное «реабилитационное поле». Следовательно, возникает необходимость проанализировать и оценить реабилитационный настрой общества в целом и возможности локального социума, в котором будет

---

<sup>1</sup> Войтенко, Р. М. Социальная медицина и концепция реабилитации. / Р. М. Войтенко. – СПб. , 2002.



реализовываться ИПР. Формирование ИПР и оценка реабилитационного потенциала индивида базируются на так называемом реабилитационном диагнозе.

Реабилитационный диагноз лиц с психическими расстройствами интегрирует три многоуровневые составляющие:

- клинично-функциональный диагноз, включающий в себя основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность, их стойкость и степень выраженности, тип и темп течения болезни, наличие осложняющего фактора (иного заболевания);
- психологический «диагноз», состоящий из психологического «портрета», патопсихологического анализа форм реагирования личности, оценки состояния психических процессов (памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы), психологического анализа внутренней модели болезни;
- социальный «диагноз», включающий комплекс социально-бытовых, социально-средовых и профессионально-реабилитационных возможностей индивида.

Таковы базисные позиции, на которых основывается организация и проведение в жизнь основных аспектов реабилитации.

Медико-биологический аспект реабилитации лиц, имеющих психические расстройства, направлен на полное или частичное восстановление психического и соматического здоровья или на возможное замедление развитие заболевания, предупреждение обострений и рецидивов.

Медико-биологическая реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации и может проходить параллельно с любыми другими видами реабилитации. К методам медицинской реабилитации относятся: фармакотерапия и лечение средствами народной медицины, диетическое питание, методы физического воздействия (массаж, физиотерапия), санаторно-курортное лечение.

Психологический аспект реабилитации лиц с психическими расстройствами предусматривает трансформацию мотивационной сферы или системы социально-психологических отношений человека. С этих позиций выделяют следующие варианты психологического аспекта реабилитации.

- Коррекция оптимального психологического контакта, поскольку в процессе реабилитации может возникать необходимость уточнить, изменить нюансы системы отношений «врач-больной» для реализации реабилитации;
- Коррекция состояния фрустрации, т. к. реабилитация есть пролонгированный во времени процесс и особая форма деятельности

больного, то на этом пути возможны неудачи, отступления, следовательно, могут возникать вторичные фрустрации, которые требуют своевременного вмешательства психолога.

- Коррекция мотивационной сферы (уровня притязаний, самооценки, шкалы ценностей, реальной и абстрактной перспективы), потому что всегда следует иметь в виду, что изменение реабилитационной программы должно быть не только понятно больным, но и принято им, что ведет к изменению личности.

- Коррекция внутренней модели болезни. В процессе реабилитации при условии стойкого оптимального психологического контакта, под воздействием усилий психолога возможно постепенное изменение представлений реабилитанта о своих компенсаторных возможностях, что ведет к изменению реакции на болезнь, отношения к ней.

- Коррекция системы социально-психологических отношений. Длительное существование индивида в ситуации «болезнь» формирует и новые социальные роли «больного», «инвалида», что ведет к стабилизации жизненного стереотипа через деятельность в социальных группах (семья, товарищи по работе, учебная группа, группа по интересам). В процессе реабилитации необходима периодическая коррекция социальных ролей – «иждивенца», «больного», «инвалида». Такая коррекция позволяет на разных этапах реабилитации регулировать оттенки и уточнять социальные роли реабилитанта, приближать его поведение к ситуативно-адекватному, т. е. полнее адаптировать в микро-социум.

Социальный аспект реабилитации лиц, с психическими расстройствами, – это комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных больным или инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья.<sup>1</sup>

Лица, имеющие психические расстройства относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. При психических расстройствах заметно нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности, соответственно снижается и возможность правильной оценки ситуации и моделирования адекватного поведения, снижаются также возможности самостоятельного жизнеобеспечения, создания и сохранения семьи, проявляется

---

<sup>1</sup> Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. / Р. М. Войтенко. – СПб. , 2002.

эмоциональная незрелость и коммуникативная неэффективность, рушатся социальные связи.

Ограничение способности к самообслуживанию у лиц с психическими расстройствами может колебаться от элементарной неспособности выполнять повседневную бытовую деятельность до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отправлений, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в моторной заторможенности, замедленности движений, либо в полной неподвижности (ступор, адинамия) и необходимости в постоянном уходе.

Ограничение способности к обучению колеблется от невозможности выполнения сложного задания учебного процесса (вследствие утомляемости, рассеянного внимания, снижения энергетического потенциала) до полной утраты способности к усвоению общеобразовательных и профессиональных знаний.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается как в снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности, так и в невозможности продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Ограничение способности к ориентации у лиц с психическими расстройствами также имеет широкий диапазон – от неспособности к длительному полноценному, в полном объеме, восприятию информации из-за неустойчивости, рассеянности, сужения объема внимания; при кратковременной периодической неспособности осознавать себя в пространстве и времени до стойких нарушений ориентации во времени, пространстве, ситуации, собственной личности, в результате которых лица, страдающие психическими расстройствами, целиком зависят от помощи и контроля постороннего лица.

Ограничение способности к общению – наиболее частое ограничение жизнедеятельности лиц с психическими нарушениями. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, замедления скорости получения и передачи информации и ограничения ее объема, либо полная утрата способности общения.

Ограничение способности контролировать свое поведение может выражаться как в незначительных некорректируемых отклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управления своим поведением, что требует постоянного постороннего контроля и наблюдения.

Поэтому в организации социальной реабилитации особую зна-

чимось приобретает восстановление социального статуса личности, обеспечение адаптации в обществе, достижение самостоятельности и материальной независимости. Социальная реабилитация призвана повысить уровень социального функционирования больного.

Социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, включает в себя следующие виды.

- Социально-бытовую реабилитацию, т.е. приобретение или восстановление пациентом утраченных в результате болезни навыков по самообслуживанию в быту, в приспособлении к новым условиям жизни.

- Социально-средовую ориентацию. В ходе нее осуществляется ориентация лиц с психическими расстройствами в окружающей среде: установление взаимоотношений с людьми, знакомство с территорией, расположенными на ней необходимыми объектами – магазинами, учреждениями, предприятиями, спортивно- оздоровительными объектами.

- Социально-средовое образование – это процесс обучения индивида навыкам пользования средой, навыкам перемещения в окружающей среде, пользования транспортом, умению самостоятельно приобретать продукты и вещи, посещать общественные места.

- Коррекцию профессиональной деятельности. Она включает в себя восстановление профессиональной трудоспособности лиц, утративших в той или иной степени трудоспособность, профессиональную ориентацию, переориентацию и предусматривает мероприятия, направленные на профессионально-производственную адаптацию инвалида, приспособление рабочего места к функциональным возможностям психически больного на его прежнем предприятии, организацию специальных цехов и предприятий для лиц, имеющих психические расстройства, с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем.

- Юридическую коррекцию, а именно: уточнение реабилитантом с помощью специалиста по социальной работе своих прав, социальных льгот.

- Коррекцию семейной ситуации. С помощью специалиста по социальной работе изменение системы социальных отношений к реабилитанту со стороны родных и ближайшего социального окружения, создание благоприятной микросреды.

- Социокультурную реабилитацию. Специалист по социальной работе способствует развитию интересов в области музыки, изобразительного искусства, литературы и организации здорового образа жизни. Социокультурная деятельность выступает важнейшим социали-

зирующим фактором, приобщая людей к общению, согласованию действий, восстанавливая их самооценку.

Социальная реабилитация лиц, имеющих психические расстройства, имеет свои особенности. Эти особенности в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при психических расстройствах серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Многие психические нарушения не только приводят к стойкой утрате трудоспособности и выходу на инвалидность, но и способствуют социальной изоляции больных, утрате социальных связей и многих социальных функций. Поэтому реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами – это, по определению М. М. Кабанова, есть, прежде всего, их ресоциализация, то есть возвращение в общество.<sup>1</sup>

Опыт практической и научной работы с лицами, страдающими психическими расстройствами, позволил определить основные принципы социальной реабилитации. К ним относятся следующие принципы.

- Принцип единства биологических, психологических и социальных методов воздействия на лиц с психическими расстройствами. Реабилитационная программа на любом из ее этапов реализации должна содержать в себе комплекс биологических и психосоциальных воздействий, которые являются равноценными в программе.

- Принцип партнерства и апелляции к личности пациента. Реабилитационный процесс предполагает активное участие в нем как врача, психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры, родственников пациента, так и самого пациента. Насколько специалистам удастся достичь активного участия пациента в любом мероприятии реабилитационной программы (сделать его активным партнером в процессе реабилитации), столь и высока будет эффективность этого мероприятия и реабилитационной программы в целом. Основная задача – создать у пациента активное стремление к восстановлению его здоровья и положительного отношения к жизни, семье, обществу. Это требует индивидуализированного подхода к пациенту, личностной ориентации в работе с ним, владения соответствующими знаниями и практическими навыками.

- Принцип разносторонности усилий и воздействий на пациента. Каждый человек активен в той или иной степени в различных сферах жизнедеятельности (профессиональная, образовательная, семейная, досуговая). У пациентов часто возникают в этих сферах не

---

<sup>1</sup> Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. [Текст] / М. М. Кабанов. – СПб. , 1998.

только проблемы, но и тяжелые драмы, а возможности самостоятельного преодоления или устранения их ограничены. Поэтому полноценная реабилитационная программа должна включать в себя в полном объеме комплекс биологических и психосоциальных мероприятий, направленных на восстановление максимально возможного социального функционирования пациента во всех сферах жизнедеятельности, в которых в результате психического расстройства сформировалась дезадаптация.

- Принцип ступенчатости усилий и воздействий. Реабилитационный процесс предполагает разнообразие и дифференцированность организационных форм и методов психиатрической помощи. Между психиатрической больницей и психоневрологическим диспансером должны функционировать разнообразные промежуточные учреждения и структуры, обеспечивающие этапность, преемственность и ступенчатость реабилитационного процесса: дневные и ночные полустационары; лечебно-трудовые мастерские; общежития для бывших пациентов; реабилитационные центры досуговой и социокоррекционной направленности; общественные структуры и, прежде всего, организации родственников пациентов. Реабилитационная программа должна быть не застывшим образованием, а динамическим, постоянно меняющимся с учетом психического состояния пациента, уровня профессиональной и социальной дезадаптации и необходимости четкой преемственности на всех этапах реабилитации.

Польские исследователи Вильям Энтони, Микаэл Коэн, Мариан Фаркас выделяют следующие принципы социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами.<sup>1</sup>

*Принцип 1.* Важнейшей задачей социальной реабилитации является совершенствование компетентности лиц с психическими расстройствами. Социальная реабилитация направлена, прежде всего, на максимизацию здоровья, а не на минимизацию болезни, то есть на индукцию здоровья, а не просто редукцию симптоматики. Аксиома реабилитации гласит: минимизация проявлений или ликвидация болезни не приводит автоматически к росту функциональных возможностей.

*Принцип 2.* Польза социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами выражается в оптимизации поведения в необходимом для них окружении. Целью социальной реабилитации является помощь в приспособлении индивида к требованиям конкретного окружения. Социальная реабилитация сосредотачивает внимание на вос-

---

<sup>1</sup> Энтони, В. Психиатрическая реабилитация. [Текст] / В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас. – Киев, 2001.

становлении способности человека совершать определенные поступки в определенном окружении. Поэтому специалист по социальной работе должен не просто работать над совершенствованием навыков пациента, но должен делать это с учетом требований окружения, в котором клиент действует или будет действовать (например, местожительство, место работы).

*Принцип 3.* Центральное место в социальной реабилитации занимает повышение трудоспособности лиц с психическими расстройствами. Адекватное трудоустройство бывшего пациента, сохранившего способность работать, является существенной частью процесса выздоровления.

*Принцип 4.* Существенной составной частью процесса реабилитации является надежда. Реабилитация ориентирована на будущее, и ее сегодняшние задачи основываются на воскресшей надежде и вере в будущее. Когда ощущение безнадежности проникает в учреждение, постоянные и сложные проблемы практики социальной реабилитации начинают казаться специалистам непреодолимыми, вследствие чего уменьшается польза для пациентов. У лиц с психическими расстройствами функционирование нарушается не во всех сферах и не постоянно, а ограничения касаются не всех функциональных ролей. Специалисты по социальной работе должны верить, что восстановление возможно в некоторых, во многих или даже во всех сферах функционирования.

Надежда всегда необходима, но часто недостаточна. Она должна сочетаться с постоянно развивающейся технологией социальной реабилитации. Надежда и прогресс технологии реабилитации тесно взаимосвязаны: надежда порождает новые технологии, а новые технологии, в свою очередь, порождают новую надежду.

*Принцип 5.* Продуманное повышение зависимости пациента может привести, в конечном счете, к увеличению степени его независимого функционирования. Традиционными местами проведения социальной реабилитации являются специальные учреждения, где пациенты живут, обучаются, получают профессиональную помощь. Зависимость от некоторых сотрудников и учреждений становится естественным первым шагом реабилитации, и сама по себе не деструктивна.

Иногда в некоторых реабилитационных программах настолько высоко ценится независимость пациента, что недооценивается значение его зависимости. Технология социальной реабилитации ограничена в своих возможностях достижения полной независимости. Более того, зависимость от определенных людей, мест, деятельности или вещей является нормой.

*Принцип 6.* Желательным является активное включение пациентов в процесс реабилитации. Вовлечение лиц с психическими расстройствами в процесс социальной реабилитации – это их активное участие в нем (например, изложение своих ценностей, жизненного опыта, чувств, мыслей, целей) на всех этапах реализации. Социальная реабилитация наряду с взглядами специалистов, включает оценки проводимых мероприятий пациентами. Люди не могут быть «подвергнутыми» реабилитации. Очень важна приверженность самого специалиста делу вовлечения пациента и его уверенность в том, что реабилитация проводится совместно, а не по схеме «процедура – пациенту».

*Принцип 7.* Два основных направления социальной реабилитации – это выработка умений и навыков пациента и организация поддержки со стороны окружения. Совершенствование качеств индивида или его окружения – это проверенные временем два центральных элемента социальной реабилитации. Изменение качеств индивида обычно включает обучение его определенным навыкам и умениям, необходимым для более эффективного функционирования в определенном окружении. Меры по совершенствованию окружения обычно предусматривают такие изменения, чтобы клиент мог реализовать свои навыки и удовлетворить свои нужды.

Лица с психическими расстройствами способны усвоить множество физических, эмоциональных и интеллектуальных умений и навыков, несмотря на симптоматику. Более того, эти умения и навыки при соответствующей поддержке окружения могут даже внести существенный вклад в результат социальной реабилитации пациента.

Российские ученые при формулировании принципов социальной реабилитации больше внимания уделяют реабилитационным воздействиям, а в зарубежных исследованиях акцент делается на личность пациента в процессе работы.

Социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами проводится одновременно с медикаментозным лечением. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от клинического состояния и сохранности социальной компетентности больного. При выраженных психических нарушениях первостепенное значение отводится биологической терапии. По мере затухания остроты процесса и редукции психопатологической симптоматики присоединяются психосоциальные методы воздействия. Последние, в свою очередь, имеют постепенный и нарастающий характер с переходом от одного реабилитационного мероприятия к другому. Начальный этап социальной реабилитации имеет целью предотвращение формирования психического дефекта, явлений «госпитализма». Своевременность введения социотерапевти-



ческих методов работы с пациентом способствуют сокращению сроков госпитализации, предотвращают развитие иждивенческих, пассивно-потребительских стереотипов поведения.

На втором этапе реабилитации биологическая терапия обычно ограничивается «поддерживающими» дозами психотропных средств, а на первое место выступают социальная коррекция и средовая адаптация.

Основной стратегической целью в ведении больного является повышение самосознания личности и ее социальной активности, адаптация к новым условиям жизни или возвращение к полноценному прежнему уровню социального функционирования с восстановлением семейных, трудовых и других социальных связей.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий во многом определяется возможностью проведения необходимого в каждом конкретном случае комплекса социотерапевтических приемов и осуществления полипрофессионального бригадного подхода к оказанию помощи. Система обслуживания больного должна строиться в виде «звезды» с наиболее возможным обеспечением преемственности, а не «цепочки», в которой пациент посылается из одного учреждения в другое.

Длительность реабилитационного процесса определяется потребностью каждого конкретного случая – от нескольких недель до многих лет. Социальную реабилитацию можно считать завершенной только тогда, когда личность пациента во всем многообразии ее социальных отношений достигла уровня, максимально возможного и приближенного к доболезненному.

Направления социальной реабилитации определяются знаниями и навыками, которые используются специалистом по социальной работе для помощи лицам, имеющим психические расстройства в реабилитационном процессе.

Выделяют основные теоретические парадигмы социальных вмешательств – динамические и поведенческие, а также главные направления социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами:

- социотерапия личности – индивидуальные и групповые формы;
- коррекционная работа с ближайшим окружением пациента (семьей, соседями, окружением по месту работы, учебы или проведение досуга), включая семейную терапию, вовлечение пациента в групповые формы активности, в том числе в группы самопомощи, в реабилитационные клубы;

- информационно-образовательная работа с обществом.

### *Социотерапия личности*

Терминология в области социальных воздействий с реабилитационной целью на сегодняшний день не имеет четкого уставного значения. Так, под термином «социотерапия» А. Б. Шмуклер подразумевает только терапию средой,<sup>1</sup> а Н. Ф. Дементьева относит сюда любые меры социального терапевтического воздействия – не только терапию средой, но и терапию занятостью, трудотерапию и другие методы, которые стимулируют социальную активность лиц с психическими расстройствами и способствуют его «нормализации».

Социотерапия – это система благоприятного реабилитационного воздействия на поведение человека, с помощью различных методов.

Специалист по социальной работе чаще взаимодействует с личностными проблемами на поведенческом уровне, на уровне событий. Наряду с решением множества терапевтических задач социотерапия в обязательном порядке должна способствовать улучшению социального поведения индивида.

Основными организационными формами социотерапии являются индивидуальная и групповая. В индивидуальной работе реабилитолог (специалист по социальной работе) выступает в качестве основного и единственного инструмента воздействия на пациента. При этом контакт может осуществляться с одним клиентом или группой лиц.

Группа – это социальное понятие, обозначающее определенное число лиц, включенных в типичные для них виды деятельности и регулируемых общими ценностями и нормами. Группы могут быть дискуссионными, по обретению навыков, группы поддержки или самопомощи, по интересам.

Социальная групповая работа – одна из форм сложной реабилитационной деятельности и требует высокого мастерства. Здесь важны и профессиональные навыки, и связи с другими специалистами, способными организовать поддержку, обеспечение взаимодействия в полипрофессиональной и мультидисциплинарной бригадной форме работы.

Специфика групповой социотерапии заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы в процессе работы.

---

<sup>1</sup> Гурович, И. Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии [Текст] / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, О. В. Немиринский. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – №4.

Выбор метода и техник социотерапии зависит от цели реабилитационного воздействия, характера заболевания, возраста, личностных особенностей, а также от тактики специалиста и количества клиентов, с которыми он работает.

Главными задачами в начале работы являются установление продуктивного контакта с клиентом, определение цели и методов реабилитационного вмешательства. Специалист делает это посредством сбора детальной информации о конкретных аспектах проблемы – ее начале, развитии, степени тяжести, отношении к ней пациента и предпринимавшихся ранее попытках преодоления. Он обращает внимание на условия жизни пациента, его межличностные отношения со средой, окружением, целевые установки и потребности.

Вступая в контакт с лицом, страдающим психическими расстройствами, специалист по социальной работе получает важные сведения не только из содержания беседы, но и по невербальному каналу информации – обращая внимание на внешние проявления внутреннего состояния (мимику, поведение, жесты).

Установлению нормального контакта часто препятствуют тревога, страх, неуверенность, подавленность и другие негативные эмоции, которые испытывает психически больной. Создание для клиента атмосферы безопасности, эмоциональный контакт могут оказать существенное влияние на последующее развитие взаимоотношений, на успешность социотерапии. Задача специалиста по социальной работе – помочь врачу уменьшить те психологические или психические наслоения, которые усугубляют заболевание, повысить самодостаточность и социальную компетенцию пациента.<sup>1</sup> В процессе реабилитации важно выработать у клиента адекватное отношение к его заболеванию, внушить уверенность в выздоровлении и желание принимать активное участие в реабилитационном процессе.

Основополагающим динамическим методом реабилитации является рациональная терапия. В его основе лежит разъяснение пациенту причин и сути его заболевания, социальной или личностной проблемы, способов разрешения конфликтной ситуации. В процессе терапевтического воздействия кроме разъяснения используется внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция поведения больного.

Реабилитационное воздействие может оказываться различными путями. Это и беседы с одним или группой клиентов о возможности

---

<sup>1</sup> Дементьева, Н. Ф. Перспектива реабилитационной ориентации центров социального обслуживания. [Текст] / Н. Ф. Дементьева. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1999. – № 2.

выздоровления, управления отдельными проявлениями болезни, о повышении социальной компетенции, а также совместный поиск выхода из болезни и проблемных ситуаций.

Темой для беседы могут служить не только собственно проявления заболевания, но и проблемы, связанные с ним. Беседа осуществляется по определенному плану и сосредотачивается на вопросах семейных взаимоотношений, материальных и сексуальных проблемах, воспитании детей, профессиональной сфере. Для изменения взглядов и поведения больного потребуется многократное и постепенное разубеждение и научение, совместный поиск адаптивных способов решения проблемы.

В процессе беседы аргументы и термины, приводимые специалистом, должны быть понятны больному, поэтому необходимо разговаривать на языке больного, учитывать его интеллектуальный уровень, профессию, личностные особенности. Иногда сам специалист по социальной работе может стать виновником появления у больного невротической реакции: если не точно выразил свою мысль или назвал медицинский термин, не объяснив его. Поэтому важно быть осмотрительным при обсуждении с клиентом его проблем, понять, как он относится к своему заболеванию, внести коррективы в его заблуждения.

Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию, необходимо учитывать его реальные способности и мотивацию. Беседа, проводимая с клиентом, должна вызывать у него эмоциональную реакцию, содержать элемент внушения и быть направлена на активное стимулирование и мобилизацию душевных и физических сил, на перестройку поведения.

Групповая работа во многих случаях оказывается более эффективной, чем индивидуальная работа с клиентом. Механизм реабилитационного действия обусловлен межличностными взаимодействиями и эффективным взаимовлиянием. В процессе работы группы возникают компоненты, которые потенцируют реабилитационное воздействие специалиста. Перечислим основные из них.

1. Сплоченность – единство межличностных отношений в группе способствует усилению взаимодействия в группе и повышает удовлетворенность каждого.

2. Внушение надежды. Достижения отдельных членов группы повышают ожидания и веру в личный успех.

3. Обобщение. Люди склонны считать свои жизненные проблемы и болезни уникальными. В группе они начинают осознавать, что и другие имеют подобные проблемы и переживания, и это сознание

укрепляет положительное влияние, способствует преодолению эгоцентрической позиции.

4. Альтруизм – поведение, направленное на оказание бескорыстной помощи любому члену группы. Помогая другим, клиент чувствует себя нужным и полезным, и это чувство способствует повышению самооценки, делает более уверенным в себе.

5. Межличностное обучение. Группа становится полигоном для апробирования нового типа поведения. Группа может облегчить процесс самоисследования и самопознания, проверить посредством группового мнения уровень самооценки, реальность собственных притязаний.

6. Развитие межличностных умений. В группе санкционируется свобода межличностного общения. За счет обратной связи и возможности коррекции поведения приходит умение конструктивно общаться.

7. Имитирующее поведение. Обучение адекватному поведению происходит посредством наблюдения и имитации поведения других.

8. Катарсис. Обсуждение в группе скрытых или подавленных потребностей, сосредоточение на таких непроанализированных эмоциях, как чувство вины или враждебности, ведут к самопониманию, самораскрытию и в конечном итоге к облегчению.<sup>1</sup>

Особую роль в социальной реабилитации лиц, имеющих психические расстройства, занимает поведенческая терапия. Этот метод групповой работы основан на модели научения. В поведенческой терапии большую роль играет опыт корректирующего научения, тренинг умений, позволяющий клиентам приобрести новые навыки поведения, повысить свою коммуникативную компетентность или научиться преодолевать свои дезадаптивные привычки и разрушительные эмоциональные конфликты.

В качестве примера поведенческой терапии можно привести метод десенсибилизации к психотравмирующей ситуации. Суть его сводится к активному воображению, проигрыванию в состоянии релаксации ситуаций, вызывающих чувство страха, и последующему приобретению навыков избавления от страха и адаптивного поведения.

Существует несколько вариантов этого метода. При методике «фединг» (затухание) в качестве условно-рефлекторного раздражителя

---

<sup>1</sup> Зозуля, Т. В. Социальная реабилитация психически больных в амбулаторных условиях. [Текст] / Т. В. Зозуля, В. С. Ястребов, А. Ф. Степанова. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – № 3.

используют слайды с изображением объекта или ситуации фобии, а вслед за этим слайды, транквилизаторы и психофизические приемы, вызывающие успокоение. При методике «иммерсии» объекты фобии демонстрируются без последующей релаксации или введения успокаивающих средств. При методе негативного воздействия пациент должен многократно повторить свою навязчивую привычку.

В самой процедуре можно выделить три основных компонента: овладение методикой релаксации и психоэмоциональной регуляции; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх, и работа с ними – от более простой ситуации к той, которая вызывает наибольший страх; собственно десенсибилизация и подкрепление приобретенных навыков в реальной жизни.

К поведенческой терапии относятся методики социального тренинга, моделирования, тренинг уверенности и приобретения коммуникативных навыков.

Тренинг социальных навыков направлен на повышение социальной компетентности больных в повседневной жизни и конкретизируется в тех или иных сферах: «домашнее хозяйство», «работа», «свободное время». К основным видам жизненных умений, которым обучаются в группе, относятся: управление эмоциями, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родительские функции, коммуникативные способности, уверенное поведение.

Техники тренинга социальных навыков строятся с учетом сниженной способности пациентов к социальному научению, на чем основано требование структурированности программ и ступенчатости в усложнении, а также ее индивидуализация на основе предварительной оценки функциональных возможностей клиента.

Для терапии широкого диапазона межличностных проблем, от ограниченности социально-поведенческого репертуара до социальной тревоги, применяется тренинг асертивности.<sup>1</sup>

«Ассертивность» – термин, означающий уверенность, настойчивость, напористость, способность утверждать себя.

Неассертивные люди испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкой самооценки, они не в состоянии выражать свои чувства и отстаивать свои законные права. Неассертивное поведение характерно для многих психических расстройств.

---

<sup>1</sup> Зозуля, Т. В. Социальная реабилитация психически больных в амбулаторных условиях. [Текст] / Т. В. Зозуля, В. С. Ястребов, А. Ф. Степанова. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – № 3.

В начале работы с клиентом при помощи терапевта производится оценка уверенности в себе. Затем в процессе занятия специалист по социальной работе может смоделировать адекватное ассертивное поведение и предложить клиенту воспроизвести его. Внимание при этом уделяется формированию как невербальных, так и вербальных характеристик экспрессивного поведения (в частности, позам, голосовому тренингу и визуальному контакту). Для снятия возможных негативных эмоций, возникающих при репетиции, проводится релаксационный тренинг и перестройка убеждений.

Поведенческая репетиция для обучения ассертивности хорошо подходит для групповой работы, поскольку члены группы могут обеспечить более разнообразную обратную связь, чем один специалист по социальной работе, и также способны быть источником целого спектра моделирующих влияний.

Занятия обычно проводятся в малых группах, с использованием моделирования соответствующих ситуаций, с применением ролевых игр и многократным повторением и закреплением эффективных форм поведения, положительным их подкреплением со стороны специалиста и других участников группы. После проигрывания ролевой ситуации на тренинге для закрепления данного поведения клиент в качестве «домашнего задания» должен воспроизвести ассертивный поступок в реальной жизни.

Ролевая игра рассматривается как развитие анализа практической ситуации. Она с успехом может использоваться при наличии поведенческих и межличностных проблем. Специалист или член группы при этом играет роль человека, в отношении с которым у клиента есть проблемы. Ролевая игра дает специалисту образец проблемного поведения клиента, хотя и полученный в несколько искусственных обстоятельствах, а клиент приобретает возможность обсудить назревшие вопросы и отработать адекватные навыки общения, способы разрешения конфликтов или проблемной ситуации. Чтобы легче понять ситуацию, надо представить себя со стороны, для лучшего осознания своей проблемы клиент может играть не собственную роль, а поменяться местами с другими участниками группы.

Специалист по социальной работе во время тренингов стремится вызвать перемены в убеждениях и поведении больного, помогает преодолевать патологические поведенческие стереотипы, но для этого необходимо и активное стремление клиента к осознанию своих проблем и к их преодолению. В течение реабилитационной сессии клиент должен постоянно производить оценку и коррекцию своего проблемного поведения в естественной среде. Критический фактор в поведен-

ческой терапии – мотивация клиента, его готовность сотрудничать и упорство в достижении намеченных целей. Как указывает Т. В. Зозуля, сопротивление переменам или недостаток мотивации – весьма частые причины неудач поведенческой терапии.<sup>1</sup>

Для длительно болеющих пациентов московский психотерапевт М. Е. Бурно разработал такой метод социальной реабилитации, как терапия творческим самовыражением. Метод направлен на обучение больного приемам целебного творческого самовыражения с осознанием ценности своей жизни.

Основными приемами этого метода являются:

- создание творческих произведений (сочинение рассказов, рисование, фотографирование, вышивание) на уровне возможностей больного с целью выражения особенностей его личности;
- творческое общение с природой, в процессе которого пациент должен стараться почувствовать, осознать, что именно из окружающего ему особенно близко, что положительно влияет на его эмоциональное состояние;
- творческое общение с литературой, искусством, наукой (речь идет об осознанных поисках среди различных произведений культуры близкого, созвучного больному);
- обучение «творческим путешествиям» (в том числе прогулкам по улицам или в лесопарковой зоне) с целью выявить отношение больного к окружающему и сформировать его способность к анализу этого отношения на основе познания собственной личности;
- обучение творческому поиску одухотворенного в повседневном, необычного в обычном.<sup>2</sup>

Кроме того, важно направлять активность психически больных в свободное время на развитие коммуникативных и социальных навыков: привлекать клиентов к участию в спортивных мероприятиях, развлечениях, походах выходного дня, к клубным встречам, всячески поощряя совместную деятельность лиц с психическими расстройствами.

Также для реабилитации лиц с психическими расстройствами создаются группы совместной деятельности. Этот метод используют при различного рода занятиях, имеющих определенную ценность для ее участников. Это может быть издание стенгазеты или подготовка выставки, приготовление еды, посещение театрального представления

---

<sup>1</sup> Зозуля, Т. В. Социальная реабилитация психически больных в амбулаторных условиях. [Текст] / Т. В. Зозуля, В. С. Ястребов, А. Ф. Степанова. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – № 3.

<sup>2</sup> Бурно, М. Е. Терапия творческого самовыражения. [Текст] / М. Е. Бурно. – М., 1989.



с последующим его обсуждением. Важно, что в процессе совместной деятельности члены группы устанавливают более тесные контакты, поощряют друг друга к активности и взаимодействию, ненавязчиво корректируют поведение и приобретают новые знания и навыки. Такие группы особенно полезны для больных с явлениями социальной дезинтеграции. Участие в группах поддержки или в социальных клубах вместе с теми, кто перенес психическое расстройство, или членами их семей, с теми, кто понимает, что значит быть психически больным, может улучшить состояние и самочувствие клиентов. Такие группы помогают каждому участнику почувствовать, что его понимают и поддерживают, а также расширяют возможности больного участвовать в общественной жизни. Реабилитационные клубы не возникают спонтанно. Профессионал должен помочь организовать те или иные сообщества и сохранить их. Организация мероприятий активного времяпрепровождения в естественном сообществе, совместно с психически здоровыми людьми или с инвалидами с физическими ограничениями способствует преодолению стигматизации и социальной изоляции психически больных. Расширение социальных связей значительно повышает качество жизни лиц с психическими расстройствами.

#### *Коррекционная работа с ближайшим окружением пациента*

В социальной реабилитации особое место занимает работа с семьей психически больного. Семья представляет микросоциум, в котором происходит формирование личности индивида, стереотипов его поведения и социальных ролей. Как реабилитационная среда семья обеспечивает внутрисемейную заботу, физическую помощь, психологическую поддержку. От атмосферы в семье и позиции членов семьи по отношению к психически больному в значительной степени зависят его дальнейшая судьба, самооценка и реабилитационный потенциал.

В то же время в семье, в связи с наличием психически больного, возникает масса проблем психологического, организационно-воспитательного и информационного характера. Страдают внешние связи семьи, распадается социальная сеть, реже осуществляются контакты с родственниками, друзьями. Семья как бы делает крен в социальных связях в сторону контактов с лицами, осуществляющими медико-социальную помощь (медицинские и социальные работники).

Задачи специалиста при работе с семьей носят разноплановый характер – это оказание психологической, эмоциональной поддержки, налаживание межличностных отношений и обучение родственников адаптивно-коррекционному поведению с больным человеком.

Формы социальной работы с семьей разнообразны: индивидуальные беседы с родственниками или одним из членов семьи, группо-

вая работа с семьями, в которых имеются психически больные со сходными расстройствами, организация клубов общения и общественных организаций клубов душевнобольных.

В процессе психического расстройства отношение членов семьи к больному претерпевает заметные изменения. На первом этапе возникает чувство растерянности и непонимания происходящего. Родственники признаки психического заболевания еще не считают патологическими, особенности поведения трактуют как характерологические отклонения. На втором этапе признаки психического расстройства становятся очевидными. Члены семьи начинают проявлять избыточную эмоциональную вовлеченность, гиперопеку по отношению к больному с игнорированием собственных интересов, возникает чувство вины, начинаются самообвинения в болезни близкого человека. На третьем этапе приходит признание своей беспомощности, контакты становятся более формальными, возникает психологическая отгороженность от больного. Нередко семья распадается.

В социальной реабилитации большое значение придается формированию адекватного отношения членов семьи к больному. В семье следует обсудить и установить определенные правила и ограничения. Структурирование, упорядочивание времяпрепровождения и обязанностей подопечного облегчит жизнь ему самому и его родственникам.

Следующая важнейшая и очень трудная задача – это сохранение позитивного отношения у родственников больного в перспективе. Избегать негативных чувств перед лицом разрушительной болезни бывает очень нелегко. Но спокойное отношение к неадекватным высказываниям и поведению больного, оптимистичный взгляд на будущее, уважительное отношение к личности больного в любой ситуации помогут ему поддержать уверенность и самооценку, что играет важную роль в реабилитации.

Многие семьи психически больных изолированы. Интеграция психически больных и их родственников в общество – важный аспект социальной реабилитации. Помощь и поддержку родственники психически больного могут получить в группах самоподдержки и общественных объединениях.

#### *Информационно-образовательная работа с обществом*

Информационно-образовательная работа с обществом заключается в решении вопросов оказания социальной поддержки по преодолению стигматизации лицам с психическими расстройствами и их родственникам государственными структурами и общественными организациями. Для привлечения внимания общества к наболевшим вопросам психиатрии необходимо использовать все имеющиеся возможности:

публикации в средствах массовой информации, проведение пресс-конференций, выступления по радио и телевидению.

В последние годы в России началось широкомасштабное движение по созданию различных общественных профессиональных и непрофессиональных форм реабилитации лицам с психическими расстройствами. В состав профессиональных объединений входят психиатры, психологи, специалисты по социальной работе. Общественные непрофессиональные организации состоят из психически больных и их родственников, а также лиц, которые желают и могут предложить им свою помощь. Наиболее распространена такая форма организации, как «клубный дом». Они занимаются вопросами обеспечения пищи и средствами к существованию выписанных из стационара, проведением мероприятий по привлечению больных к активной социальной жизни, трудовой реабилитации больных или обучению их новой профессии. Больные проходят специальный курс профессионального обучения, после которого по согласованию с руководителями предприятий устраиваются на работу в условиях обычного производства. Предлагаемая профессиональная ориентация очень разнообразна: канцелярская работа, работа на компьютере, сбор и обработка статистических данных, работа официантом и многое другое.

Наиболее важным является обеспечение совместной деятельности общественных организаций, психиатрических учреждений, лиц с психическими расстройствами и их семей по реализации социальной реабилитации, по привлечению внимания средств массовой информации, органов здравоохранения, правительственных кругов и общества в целом к современным проблемам психиатрии, изменению негативного образа психически больных и психиатрических учреждений.

Возникновение любого заболевания, физического или психического, сопровождается эмоциональной реакцией на него и формированием субъективной картины болезни. Нередко эта субъективная картина искажена по сравнению с объективной. В каждом человеке сидит страх потерять разум, и когда психическое расстройство действительно возникает, это неизменно приводит к негативным переживаниям.

Необходимо помнить, что, заболевая, человек обычно на уровне самосознания берет на себя роль больного. В начале возникает увлеченность этой ролью, подсознательное стремление увидеть в ней преимущества для себя (можно бездельничать, пользоваться заботой и вниманием близких, со стороны общества получать материальную поддержку). При установлении инвалидности появляется и новый социальный статус. Человек принимает на себя роль больного – со сниженной самооценкой, чувством неполноценности, заниженными ожи-

даниями на будущее. В последствии вырабатывается искаженный образ жизни, появляется угнетающее чувство зависимости от окружающих, неуверенность, тревожные опасения. В социальном плане возникает вынужденная изоляция, дефицит занятости, снижение творческой активности личности с ослаблением побудительных мотивов к деятельности. В конечном итоге ярлык «больного», «инвалида» психологически принимается как самим индивидом, так и его близкими и социальным окружением.

Первым важнейшим шагом по пути реабилитации является признание человеком наличия у себя психического расстройства, необходимости врачебной, психологической и социальной помощи и, возможно, в том числе поддерживающей терапии на протяжении длительного периода. Нельзя изменить факта наличия психического расстройства, но каждый несет ответственность за программу собственной реабилитации. Дополнительным травмирующим обстоятельством является угнетающее осознание накапливающихся при продолжительном лечении и реабилитации различных у разных пациентов социальных трудностей, потерь и упущенных возможностей (необходимость оформления академического отпуска при длительном пропуске занятий для учащегося в ВУЗе, и, следовательно, потеря года, разрыв с девушкой, от которой скрывается, что он болен, нарушение производственных планов и карьерных ожиданий, напряжение в семье вследствие переложения его обязанностей на других членов семьи, материальные ущербы). В части случаев при неблагоприятном течении и резистентности к терапии присоединяются проблемы смены социальной роли, социального положения – переход с руководящего положения на роль опекаемого в семье, вынужденная смена профессиональных обязанностей, отложенные на неопределенный срок или рухнувшие ожидания, перспективы.

В общем плане цель социальной реабилитации – восстановление нарушенных ресурсов личности, включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегию совладания с остаточной психотической симптоматикой и изъятиями социальной адаптации, препятствующими интеграции пациентов в общество. Важно подчеркнуть решающую роль активного участия самого пациента в процессе реабилитации.<sup>1</sup>

Процесс социальной реабилитации может быть начат на любом этапе оказания психиатрической помощи, но как можно более рано после купирования острых проявлений психического расстройства.

---

<sup>1</sup> Магазаник, Н. А. Искусство общения с больными. [Текст] / Н. А. Магазаник. – М., 1991.

Осуществление социальной реабилитации не обязательно связано с началом болезни (только при первом эпизоде) или с началом оказания помощи; выбор реабилитационных мероприятий обусловлен конкретными показаниями. Но их назначение означает вступление больного в первый этап социальной реабилитации.

Лица, имеющие психические расстройства, вступают во взаимодействие со многими людьми, которые могут оказывать существенное влияние на результаты их реабилитации. Субъектами, осуществляющими реабилитационное воздействие, могут выступать врачи, психологи, специалисты по социальной работе, медицинские сестры, члены семей, другие пациенты и сам пациент. Независимо от должности, диплома или роли, лица, относящиеся к персоналу, должны обладать необходимыми навыками, знаниями и взглядами для выполнения следующих функций:

- устанавливать связь с пациентами для налаживания тесного взаимодействия;
- помогать пациентам в постановке личных целей реабилитации;
- помогать пациентам в оценке их навыков и ресурсов окружения, исходя из конечной цели реабилитации;
- помогать пациентам в планировании развития навыков и ресурсов, которые им необходимы;
- помогать пациентам овладевать навыками, которые им необходимы;
- помогать пациентам использовать навыки, которыми они уже владеют;
- помогать пациентам устанавливать связи с ресурсами, которые им необходимы;
- оказывать пациентам постоянную личную поддержку, в которой они нуждаются.

Однако в процессе социальной реабилитации часто потребности пациентов не исследуются, а учитываются лишь возможности специалистов, которые не всегда соответствуют потребностям психически больного. Вся отечественная система организации реабилитации построена таким образом, что специалист решает, по существу все социальные вопросы больного, полагая (и будучи искренне убежденным в том), что он: во-первых, лучше понимает нужды больного, во-вторых, имеет на это право. Взаимоотношения между пациентами и социальными работниками строятся таким образом, что невольно способствуют развитию беспомощности, пассивности и зависимости больного. Наиболее типичной ошибкой психиатрической практики является су-

жение широкого понятия социальной реабилитации до мероприятий по обеспечению трудовой и иной занятости лиц, имеющих психические расстройства, оказанию им социальной поддержки при минимизации роли пациентов в реабилитационном процессе, недооценке личностно ориентированных программ.<sup>1</sup>

Важно изменить взгляды профессионалов, чтобы они воспринимали подопечных полноценными партнерами в процессе реабилитации, полноправными гражданами, принимающими ответственные решения за свою судьбу.

Обычно психически больные принимают ту помощь и услуги, которые предлагаются. Необходимо побуждать их к активному участию в анализе своих проблем и определении способов их преодоления, переосмыслению иерархии ценностей. Все построение реабилитационных мероприятий должно быть таким, чтобы включить самого психически больного в лечебно-восстановительный процесс, вызвать в нем стремление к саморазвитию и самостоятельности, привлечь к участию в восстановлении утраченных функций и социальных связей, превратить его из объекта деятельности в субъект.

Специалист по социальной работе должен уметь слушать и помогать выработать конструктивное видение поведения, стимулировать независимое существование больного. В процессе социальной реабилитации пациента учат быть готовым к риску, брать на себя ответственность и не бояться потерпеть неудачу. Адекватно адаптированный к жизни в обществе больной не нуждается в навязанной работе специалиста и ограничениях своих прав. Задача специалиста по социальной работе – сделать так, чтобы человек, которому он помогает, смог обходиться без его помощи, именно это является основным критерием его профессионального успеха.

При выявлении актуальности для клиента той или иной ситуации она прорабатывается более детально. Не следует ожидать, что больной сразу охотно будет рассказывать о том, что тщательно скрывает ото всех, а иногда и подсознательно от самого себя. Надо с пониманием относиться к этому и возвратиться к данной проблеме позже, когда чувство недоверия и противостояния со стороны клиента будет преодолено. Не нужно стесняться затрагивать деликатные темы, если больной готов к их обсуждению. Такие беседы дают клиенту возможность выплеснуть накопившиеся негативные чувства, рассказать о сомнениях и неудачах, они пробуждают активное стремление к переоценке своего состояния, к выработке новой системы ценностей, к

---

<sup>1</sup> Очерки социальной психиатрии. [Текст] / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998.

формированию новых поведенческих стереотипов. В беседах о путях выздоровления акцентируется внимание пациента на его личной роли в преодолении болезненных установок, в мобилизации внутренних ресурсов. Если клиенту объясняется, что процесс выздоровления идет волнообразно – это предупреждает его возможное разочарование в период наступления обострения или временного возвращения симптоматики различной силы и выраженности.

Основой реабилитации является использование знаний и опыта не одного профессионала, а бригады специалистов. Бригадный подход обоснован, прежде всего, тем, что каждый участник терапевтической команды должен воспринимать всю полноту информации о больном и окружающей его действительности в аспекте своей профессии. Каждый член бригады дополняет усилия других, совместно принимается оптимальное решение, в результате обеспечивается воздействие на все уровни поражения: биологический, личностный и социальный. Бригадная работа не только улучшает обслуживание клиента, но и способствует личностному росту больного и формирует активную позицию в принятии решений по вопросам лечения и реабилитации.<sup>1</sup>

Любой положительный сдвиг, малейшее достижение поощряется и используется как положительный пример, опорный пункт для последующего убеждения и дальнейшего продвижения в реабилитационном процессе.

Семья относится к основным факторам, влияющим на результаты реабилитации больного. Реакция семьи, как и самого пациента, на возникновение у него психического расстройства также может быть неоднозначной. Значительно реже семья не оценивает сразу серьезности заболевания и относится к нему как переходящему эпизоду, без понимания возможности значимых социальных последствий. Чаше появление психических расстройств воспринимается членами семьи как личная трагедия. Чрезмерная трагедизация возникновения психического расстройства (самим пациентом/близкими родственниками) порождает дальнейшие проблемы. Одним из последствий может быть стремление скрыть это от окружающих, не только от знакомых, но и от других родственников, от всех; такая «закрытость» переживания этой семейной травмы обычно ведет к самоизоляции пациента и его семьи. Также возможно лишение пациента эмоциональной поддержки со стороны родственников, деморализация вместо мобилизации активности в организации медицинской помощи и реабилитации, суммирование в семье пессимистической оценки лечения.

---

<sup>1</sup> Социальная работа в учреждениях здравоохранения [Текст] : сб. ст. – М. , 1992.

Приступая к работе, следует обсудить все особенности болезни родственника с человеком, осуществляющим за ним уход, особенно те, которые в наибольшей степени отягощают последнего, как можно точнее оценить нарушения различных видов деятельности в повседневной жизни и все поведенческие расстройства, которые только могут быть у больных. Это поможет установить иерархию задач в реабилитационной программе, наметить ближайшую и отдаленную перспективу.

Поведение членов семьи пациента и взаимоотношение с ним должно основываться на следующих правилах:

- осознание, что любое продолжительное психическое расстройство требует периода приспособления к нему;
- стремление к выполнению определенного режима и распорядка дня;
- избегание эмоциональных сцен и стрессовых ситуаций;
- обеспечение как возможности общения с людьми, так и возможности уединения, когда это нужно;
- стремление внушить больному уважение к самому себе с одобрением его успехов, как бы малы и незначительны они ни были.<sup>1</sup>

Лица с психическими расстройствами могут влиять друг на друга, что может послужить положительным фактором для социальной реабилитации. Постепенно получает признание воздействие на исход реабилитации групп бывших пациентов, их центров и клубов. Пациенты, вовлеченные в эти группы, могут полностью не осознавать свои проблемы; но в окружении, которое стимулирует рост и перемены, они становятся способными участвовать в процессах принятия решений – это спасает их от погружения в пассивную зависимость от других. Люди, которые утратили навыки независимого проживания, должны снова ими овладеть, лучше всего от успешно реабилитированных бывших пациентов, которые послужат полезным примером.

Большое значение имеет идентификация личности больного, в основе которой лежит пациент-центрированный подход с опорой на потребности клиента. Важно, чтобы в самом начале психосоциальной реабилитации подопечный осознал отношение к себе и своим поступкам, к заболеванию и его последствиям, с тем, чтобы в дальнейшем смог бы обрести контроль над болезнью или ее отдельными проявлениями.

Психиатрическая служба эффективна в том случае, когда она ориентирована на изучение и удовлетворение потребности больных в медицинской и социальной помощи. Для лиц с психическими рас-

---

<sup>1</sup> Богданович, В. И. Психокоррекция в повседневной жизни. [Текст] / В. И. Богданович. – СПб. , 1995.



стройствами важно, чтобы набор организационных форм помощи и предоставляемых услуг был адекватен их потребностям и способствовал улучшению качества жизни; чтобы взаимоотношения со специалистами были удовлетворительными. Специалистам по социальной работе необходимо учитывать все, что считают полезным для себя лица с психическими расстройствами. У каждого пациента есть своя роль, и, в конце концов, она будет определена.

### **Значимость трудовой терапии в вопросе социальной реабилитации психически больных**

Несмотря на значительные успехи современной психиатрии, проблема хронизации, инвалидизации больных продолжает оставаться актуальной. Значительная выраженность явления дезадаптации в сегодняшнем мире с его жесткими экономическими и трудовыми требованиями привело к тому, что вопросы трудовой реабилитации заняли одно из первых мест в системе социальной реабилитации больных. Выдающийся психиатр С. С. Корсаков говорил, что уровень цивилизации общества определяется степенью отношения к психическим больным, поэтому весь ход развития обусловлен закономерно возрастающим вниманием к проблемам социально-трудо-вого восстановления больных. Психические заболевания, при всем разнообразии проблем, можно решить только комплексным путем сочетания биологических методов воздействия с социально-трудовым восстановлением больного как активной личности в обществе. В этом сущность концепции, получившей название «реабилитация».

#### *Трудовая терапия*

Трудовая терапия – это использование определенных форм трудовой деятельности в лечебном процессе. Трудовая терапия складывается из дозированного трудового процесса, влияния трудового коллектива на личность, отношения больного к труду, к персоналу, а также формам поощрения.

Возможность трудиться позволяет воспитывать критическое отношение больного к себе, своим возможностям, сознанием необходимости работать в коллективе и быть полезным обществу. Больному необходимо просто знать, что у него существует план выработки и придерживаться, хотя и облегченного, щадящего, ограниченного режима труда. Очень важно в процессе работы с психическими больными добиться индивидуализации и дифференцировки трудовых процессов соответственно особенностям личностных установок. Лишь при

этих условиях трудотерапия приобретает психотерапевтическое содержание, что важно для ее эффективности.

Таким образом, общее действие трудотерапии приводит к редукции психопатологической симптоматики, упорядочивает поведение и в тоже время активизирует здоровье, личностные установки. Все это еще раз подчеркивает важность трудовой терапии в цепочке адаптации в реабилитации больных.

Вопросы социально-трудовой реабилитации психически больных, в том числе и инвалидов, в настоящее время выходят за рамки чисто медицинских и превращаются в социальную проблему, потому что доля инвалидов первой и второй групп среди лиц освидетельствованных на МСЭК все еще очень велика.

Как подчеркивает М. М. Кабанов, «раннее лечение трудом больных, даже с острой симптоматикой, способствует быстрейшему улучшению состояния». Естественно, что вовлечение в трудовую терапию больных, находящихся в остром психотическом состоянии, а также заторможенных, абуличных больных сопряжено с известными трудностями. В этих случаях вовлечение в труд следует начинать путем выработки навыков самообслуживания, использования лечебной физкультуры, как метода способствующего вовлечению в труд, а также культурно-развлекательных мероприятий. Трудовая терапия такого рода существенно отличается от понимания трудовой терапии в обще принятом смысле, хотя в известной степени и при этом больные должны трудиться.

Следовательно, и на больничном этапе трудовая терапия является одним из существенных факторов, развивающих полезную и целенаправленную деятельность пациентов.

Очень важно, в системе реабилитации соблюдать преемственность стационарной и внебольничной трудовой терапии, с целью повышения качества. «Этапность и последовательность», этим характеризуется работа с психически больными.

Правовое регулирование работы ЛТМ осуществляется на основе Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Во втором разделе данного закона освещены вопросы обеспечения психиатрической помощью, гарантированной всем гражданам. Пунктами 1, 2 статьи 16 данного закона закреплено:

- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

- создание лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии, обучение новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами (включая инвалидов), а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

- устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами.

Социально-трудовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, является одной из существенных сторон деятельности социального работника. Имеется в виду различные меры по обеспечению лицам, страдающим психическими расстройствами, некоторых предусмотренных законодательством привилегий и льгот (жилищные права, право на бесплатное медикаментозное лечение и др.); рекомендации местным органам власти, администрации учреждений и предприятий по разрешению социально-бытовых, трудовых вопросов. Такая помощь может быть оказана и путем вмешательства социального работника в межличностные отношения больного с членами семьи, соседями и т. п., если это не приведет к разглашению врачебной тайны.

Особое значение для реализации этого Закона имеет помощь социального работника в трудоустройстве клиентов. Для этого могут быть установлены необходимые контакты с местными предприятиями, органами трудоустройства.

#### *Организация лечебно-трудового режима в условиях ЛТМ*

Важным фактором при организации трудовой терапии в условиях ЛТМ является форма трудового режима, который учитывает индивидуальное состояние больного, часто неустойчивое и требующее тщательной дифференциации в выборе трудовых рекомендаций.

В процессе трудовой терапии используются различные виды лечебного труда. Трудовые процессы (операции) группируют для всех видов лечебного труда по следующей схеме.

*1-й вид труда* – различные подсобные, погрузочно-разгрузочные работы, осуществляемые согласно конкретным указаниям руководителя работ и часто при его повторных побуждениях (или мастера, труд, инструктора, бригадира); хозяйственные работы, обеспечивающие потребности участка или ЛТМ в целом.

Указанные виды труда показаны больным с достаточной физической сохранностью, но не имеющих или в значительной мере утративших профессиональные навыки, а также больным со своеобразно измененными трудовыми установками или их отсутствием.

*2-й вид труда* – ручные однообразные работы с использованием относительно простых подсобных механизмов (тиски, зажимы, простой инструментарий и пр.); сборочные работы по одной или двухэлементной изолированной от всего цикла операции: например, опиловка, шлифовка, склейка, маркировка, упаковка и т. п.

*3-й вид труда* – ручной труд, оснащённый инструментарием с элементами разнообразия трудовых операций или применением усложненных подсобных механизмов (ручные и ножные прессы, сверловочные, заточные станки, швейные машины и т. д.), сборочные работы с несколькими операциями, но неполным циклом изготовления изделий.

*4-й вид труда* – квалифицированный слесарно-станочный труд, сборочные работы по всему циклу изготовления законченных изделий и другие работы аналогичной сложности: а) пооперационные, б) конвейерные, в) целостно предметные (желательно с учетом квалификации и преморбидного трудового опыта больных).

*5-й вид труда* – творческие виды инструментального, конструкторского, художественно-оформительского труда, требующие высокого исходного образовательного и профессионального уровня: наладка оборудования, конструкторские разработки, рационализация производства, машинопись, перевод иностранных текстов, оформление наглядных пособий. Некоторым больным в целях формирования мотивов притязаний показана административно-руководящая деятельность, например, руководство бригадой больных при выполнении разовых или постоянных заданий и т. п.

В лечебно-трудовых мастерских психоневрологических диспансеров целесообразно применение, по крайней мере, четырех трудовых режимов. Эти типы режимов, с одной стороны, дают возможность дифференцированно оценить и адекватно использовать способность к труду каждого больного и регламентировать нагрузку по времени и характеру деятельности, а, с другой, позволяют непосредственным руководителям (мастеру, инструктору по труду) правильно организовать распределение и планирование работы.

Технический персонал ЛТМ обеспечивает заготовками, сырьем для работы больных, как в надомных условиях, так и на производственных участках.

#### *Надомный труд*

Индивидуально-надомный труд показан больным с частыми судорожными припадками и длительными сумеречными состояниями сознания, легко возбудимым, склонным к сексуальным перверсиям и другим нарушениям поведения в группе или коллективе. Надомный

режим показан сенситивным, социально ранимым» больным, которые избегают общения, опасаясь оценок, стремясь скрыть свои реальные или кажущиеся неудачи. Для таких больных работа дома часто необходима как этап подготовки к переходу к групповым видам труда.

При назначении надомного режима больные выполняют работу на дому, из доставленного им из ЛТМ сырья и заготовок, несложные сборочные работы, изготовление швейных изделий и др. Приём выполненных работ, их оценка мастером осуществляется индивидуально.

В картах трудовой терапии обосновываются показания к надомному труду и в назначениях делается пометка: «Надомный труд».

Для больных, посещающих ЛТМ, режим трудовой терапии устанавливается с учетом их состояния и поведенческих особенностей, а именно:

- степени психической и физической активности;
- отношения (установки) к труду и предлагаемой форме трудовой терапии (положительная, безразличная, отрицательная);
- прошлых трудовых навыков и профессионального опыта;
- способности к общению с окружающими.

В зависимости от сочетания указанных характеристик целесообразно введение типизированных режимов:

*I режим* – индивидуально-адаптирующий для всех вновь поступающих больных. Предполагает индивидуальные занятия с больным трудинструктора по выполнению трудового процесса, задания и выявление трудовых возможностей больного, ознакомление его с правилами внутреннего распорядка.

Больные пользуются во время работы при утомлении частыми перерывами и по режиму им установлен сокращенный рабочий день (3-4 часа). В групповые социотерапевтические мероприятия больной, как правило, не включается.

Длительность индивидуально-адаптируемого режима для больных с положительными трудовыми установками, имеющими профессиональные навыки и находящимися в удовлетворительном устойчивом психическом состоянии обычно устанавливается в 4 недели; у больных с отсутствием трудовых установок, социальной дезадаптацией, при неустойчивом психическом состоянии – до 6 месяцев.

*II режим* – частичной адаптации. На этом режиме находятся больные, которые, с одной стороны, смогли овладеть одной или несколькими трудовыми операциями, справляются с ними самостоятельно (см. виды труда), стали избирательно взаимодействовать в процессе труда с техническим персоналом и другими больными, но с другой стороны, состояние больных не позволяет их включить в полный ком-

плекс реабилитационных мероприятий из-за ряда особенностей, а именно:

- наличия выраженных постпсихотических изменений личности и поведения (отчужденность, аутизм, интеллектуально-волевое снижение, психопатоподобное поведение со снижением понимания и способности социального регулирования);
- при необходимости применения массивного медикаментозного лечения при прогрессирующих формах заболеваний;
- временных состояниях дезадаптации после лечения в психиатрических больницах;
- при сопутствующих соматических страданиях, отягощающих основное заболевание.

Как правило, больные находятся на трудовой терапии в течение всего рабочего дня. Для организации восстановительного лечения больных, находящихся на II режиме, особенно важна инициатива медицинского и технического персонала в вовлечении больных в бригадные методы труда, в участие в социотерапевтических мероприятиях (собраниях больных, советах больных, в культурно-массовых мероприятиях – вечерах отдыха, в самодеятельности, в клубной работе).

Если не удаётся включить некоторых больных в качестве непосредственных участников, следует организовать их присутствие, чтобы способствовать появлению соответствующих интересов. Совместное обсуждение и оценка результатов труда, проведенных мероприятий должно быть положено в основу общения с больными этой группы.

Применяются все виды психотерапевтической работы (поведенческие группы, психомоторика, аутотренинг и др.).

Длительность пребывания больных на II режиме от 6 месяцев до 2 лет. Для отдельных больных ЛТМ является окончательным местом трудоустройства, и режим II, таким образом, становится постоянным.

*III режим* – формирования групповой адаптации и коммуникативности.

Основным критерием для назначения этого режима является способность больного к общению, зародившаяся в рамках II режима, и необходимость формирования дальнейшей адаптации в условиях максимального вовлечения в комплекс реабилитационных мероприятий (при устойчивости психического состояния).

В условиях III режима больные независимо от того, выполняют ли они какой-то один вид труда простой или сложный, сочетают трудовую нагрузку с восстановительными мероприятиями в течение полного рабочего дня без ограничений. Всячески поощряется инициатива больных. Они включаются в состав советов больных на производст-

венных участках, заняты в самодеятельности, участвуют в стенной печати, в экскурсиях и т. д. При стойкой ремиссии или компенсации психического и трудового дефекта и длительном соблюдении этого режима (не менее 6 месяцев) может ставиться вопрос о переводе больного в спеццех или на обычное производство (перевод на III группу инвалидности).

Пропуски больными дней трудовой терапии («прогулы») регистрируются по характеру их причин:

- уважительным и для персонала известным, что фиксируется в карте трудовой терапии (госпитализация, разрешенный плановый отдых), семейные обстоятельства и др.);
- по неизвестным причинам, что требует активного внимания медицинских и социальных работников (сообщение в ПНД, связь с семьей и др.).

#### *Особенности лечебно трудового режима для больных шизофренией*

Шизофренический процесс может вызывать глубокие изменения активности и отношений личности, а вместе с тем и обуславливает нарушение трудовой деятельности. Трудоспособность больных может быть непосредственно связана с падением «энергетического потенциала», с апатией, а также с пассивно-отрицательным, безразличным отношением или активно-негативным отношением к труду. Следует иметь в виду и аутистически-отрицательное отношение к необходимости общения в процессе работы, которое лежит в основе стремления уклониться от участия в трудовой терапии.

Именно эти изменения отношений (а не утрата навыков) главным образом определяют снижение трудоспособности больных шизофренией. Характер нарушения трудоспособности в существенной мере определяется особенностями психотического состояния и типом ремиссии. Важное влияние на устойчивость трудоспособности больных шизофренией имеет такой психологический феномен как «насыщение», т. е. состояние, вызванное длительным выполнением однообразной работы. Повторно наступающее насыщение может приводить к развитию отрицательного отношения к труду вообще и возникать задолго до собственно физиологического утомления.

Процесс выработки трудовой доминанты связан с восстановлением эмоционального реагирования у больных шизофренией, что способствует появлению заинтересованности больного в работе.

Специальные психологические и психофизиологические исследования (скрытый период двигательной реакции) показывают, что работоспособность больных шизофренией, процессы насыщения и утом-

ления во многом зависят от особенностей клинического типа ремиссии.

Особенности больных *шизофренией с параноидным типом* ремиссии характеризуются наличием осумкованного бреда, или сохранением параноидной готовности. Вместе с тем, у этих больных нередко наблюдается переоценка своих трудовых возможностей. Наибольший уровень утомления наступает у таких больных в первый день рабочей недели, особенно при выполнении сложных трудовых операций; в последующие дни рабочей недели характер трудовых процессов меньше влияет на степень утомления. Назначение больным шизофренией с параноидным типом ремиссии в первый день рабочей недели несложных видов труда позволяет повысить их фактическую производительность.

У больных *шизофренией с апатоабулическим типом* ремиссии значительная степень утомления под влиянием трудовых процессов выявляется к пятому дню рабочей недели. Следовательно, таким больным на четвертый-пятый день работы назначают щадящий режим и более простые виды труда.

Больные *шизофренией с астеническим типом* ремиссии обнаруживают выраженную утомляемость к концу каждого рабочего дня. Это предопределяет необходимость такого трудового режима, при котором для них во второй половине рабочего дня подбираются трудовые процессы, не требующие значительных усилий.

При анализе показателей психофизиологических исследований больных *шизофренией с психопатоподобным типом* ремиссии обнаружилась их значительная вариабельность по дням рабочей недели. Это обусловлено такими психопатологическими особенностями больных как быстро наступающее насыщение, неустойчивость отношений, склонность к импульсивности, неадекватному реагированию и т. п. Однако, в физиологическом плане эти больные более устойчивы и их собственно утомляемость оказывается менее выраженной.

Для больных шизофренией с психопатоподобным типом ремиссии оптимальный режим лечебного труда должен заключаться не столько в подборе тех или иных трудовых процессов, сколько в создании более спокойной и вместе с тем коллективно дисциплинирующей, организующей трудовой ситуации. В этих целях целесообразно включение таких больных в рабочие бригады, приобщение к групповым формам трудовой терапии.

*Принципы организации трудовой терапии  
больных олигофренией в степени дебильности*

В структуре трудоспособности больных дебильностью играют роль не только первичные нарушения интеллекта. Необходимо учиты-



вать и особенности их личности, мотивы поведения. Нередко эти больные вообще уклоняются от общения, обнаруживают повышенный уровень притязаний, что требует соответствующей психотерапевтической обработки.

Период освоения профессиональных навыков у больных с дебильностью протекает длительно и с трудом, особенно это выражено у тех, которые не привлекались к выполнению домашней работы и воспитывались в атмосфере гиперопеки.

Для этого типа больных характерна медленность в понимании и освоении приёмов работы, затруднения в переключениях внимания с одной рабочей операции на другую. Облегчает включение в труд и работу в дальнейшем выполнение однотипных видов работ малого объема, преимущественно ручных, производимых в свободном темпе и требующих повторения однотипных трудовых приемов.

Ускорение трудовой адаптации больных олигофренией в степени дебильности зависит от темпов формирования интереса к выполняемой работе, мобилизующих их психическую активность, и её результатов. Важными компенсаторно-приспособительными особенностями трудовой деятельности олигофренов является использование их склонности к подражательности и чаще положительная трудовая направленность. Повышению адаптационных возможностей олигофренов способствует метод индивидуального обучения на рабочем месте.

Очень важна продуманная оценка, как в процессе выполнения работы, так и при приёме сделанного в конце дня.

Наибольшего контроля со стороны персонала ЛТМ требуют больные олигофренией с психопатоподобными проявлениями, так как они постоянно обнаруживают недисциплинированность, небрежность в работе, допускают брак. Необходимо иметь в виду, что у таких больных в начале трудовой адаптации в ЛТМ часто отмечаются ухудшения состояния с усилением психопатичности. Организация трудовой терапии олигофренов с психопатическими проявлениями должна включать работу в небольшом коллективе (в том числе хорошо работающих), выполнение трудовых операций в индивидуальном темпе со сменой рабочих приемов (например, в процессе сборки различных деталей или изделий).

Для олигофренов с астеническими компонентами характерным является замедление темпа психической деятельности, повышенная утомляемость, неустойчивость и истощаемость активного внимания; к этому нужно добавить их невыносимость к физическому и психическому напряжению, неспособность в полном объеме овладевать про-

странственными и временными представлениями, склонность к декомпенсациям состояния.

Эти больные требуют специальной организации труда, особенно на начальных этапах трудовой терапии. Период вработывания у них затруднен и сопровождается нестойкими декомпенсациями с возможным возникновением астено-депрессивных состояний. Поэтому, во избежание срывов компенсации, больным целесообразно предлагать выполнение несложных, однотипных трудовых операций, дозированных во времени и объеме; без определенных норм выработки. По мере вработывания и приобретения больными трудового стереотипа целесообразно усложнять виды лечебного труда, но без увеличения объема работы.

*Оптимальные режимы лечебного труда  
для больных эпилепсией*

Эпилептический процесс глубоко и своеобразно сказывается на предпосылках трудовой деятельности больных, при этом клиническая структура заболевания определяет специфику их работоспособности и трудовой адаптации.

Основной особенностью трудовой деятельности больных эпилепсией является нарушение динамики рабочего процесса. В период вработывания и освоения трудовых операций они испытывают затруднения, и это может отражаться на психическом состоянии. Для большинства больных эпилепсией с их склонностью к детализации, педантичности, инертности характерен медленный темп работы и как бы повышенная концентрация внимания («застывание») на отдельных деталях рабочего процесса. Необходимость быстрого охвата многих сторон производственной ситуации, учета разнообразных признаков рабочего процесса, распределения внимания между несколькими производственными объектами и переключения его с одной рабочей операции на другую может вызывать растерянность или, во всяком случае, торможение производственной деятельности и снижение ее качества. Однотипные, повторяющиеся рабочие операции, однообразно-равномерный ритм работы, методичность и размеренность движений не затрудняют больных, а наоборот, снимают напряжение и облегчают трудовой процесс. Указанные особенности трудовой деятельности проявляются у больных эпилепсией в большей или меньшей степени в зависимости от стадии процесса и типа его течения.

При редких, однородных припадках отмечается замедление психической деятельности при достаточной сохранности памяти, интеллекта и устойчивости эмоциональной сферы. Больные с таким типом течения болезни, при рациональном трудоустройстве хорошо адапти-

руются к условиям обычного производства и не нуждаются в направлении в лечебно-производственные мастерские. Лечебный труд в отношении больных указанного типа может быть использован только при стойкой и длительной декомпенсации состояния для поддержания «рабочей доминанты» и подавления активности эпилептогенных очагов в головном мозгу.

У больных с пароксизмальной симптоматикой средней частоты и умеренным изменением личности с интеллектуально-мнестическим снижением отмечается значительное ослабление адаптивно-компенсаторных механизмов. При этом особенно страдает психологическая адаптация. При указанной клинике эпилепсии выбор оптимального режима трудовой деятельности определяется не столько наличием припадков (с необходимым учетом безопасности), сколько типом психических изменений. Больные с психопатоподобными проявлениями обнаруживают снижение работоспособности непосредственно после выходных дней; к концу рабочей недели, по мере вработывания и психологической адаптации, работоспособность их нормализуется. Самооценка состояния больных неоднозначна. В период вработывания они выражают недовольство своей деятельностью, настроение их носит тревожно-дисфорический характер, многие больные жалуются на усталость, плохое самочувствие. По мере формирования «рабочей доминанты» больные чувствуют себя бодрее, выражают желание продолжать работу, констатируют, что «стало легче соображать и производить трудовые операции».

Состояние больных улучшается также при индивидуальной форме организации труда, которая предусматривает работу в отдельном помещении или небольшом коллективе, на изолированных участках. Важен также такой подбор видов труда, который обеспечивает свободный, т. е. свойственный больному темп деятельности и однообразие трудовых операций. Таким больным также показано уменьшение рабочей нагрузки в начале рабочей недели с постепенным ее повышением с максимумом рабочих усилий к концу третьего дня недели. Подобный лечебный режим вызывает клиническое улучшение, выражающееся в уменьшении числа приступов, улучшении психологической адаптации и повышении работоспособности больных.

У больных с выступающим на первый план психическим снижением под влиянием трудовых процессов за счет некоторой мобилизации скрытых фондов наступает значительная нормализация психической деятельности. Наиболее рациональной для этого контингента больных является групповая форма организации лечебного труда в составе бригады. В этих случаях большое значение имеет положитель-

ное влияние рабочей группы. На основе взаимопомощи, общих интересов стимулируется выработка адекватных трудовых установок, формируется «лечебно-трудовой коллектив».

При остром течении эпилепсии с преобладанием частых, полиморфных пароксизмов и выраженных изменений личности значительно нарушаются возможности адаптации, плохо включаются компенсаторные механизмы: Предпочтительной формой лечебного труда для таких больных является домашняя работа с подбором элементарных операций, в свободном темпе, без установления жестких планов.

Приведенные выше принципы организации трудовой терапии больных шизофренией, олигофренией и эпилепсией охватывают основные контингенты, встречающиеся в практике работы лечебно-трудовых мастерских психоневрологических диспансеров. Организация режимов работы больных с иными нозологическими формами должна опираться на изложенные выше схемы, с учетом особенностей ведущего синдрома и состояния.

#### *Организация трудового обучения и переобучения больных в условиях ЛТМ*

Профессиональная подготовка душевно-больных в необходимых случаях является важным этапом их социально-трудовой реабилитации.

В комплексе реабилитационных мероприятий, направленных на социально-трудовое восстановление лиц с психическими заболеваниями большая роль принадлежит лечебному труду и трудовому обучению в ЛТМ.

Трудовое обучение или переобучение психически больных должно начинаться с самых ранних этапов лечебного труда в ЛТМ. При этом необходимо учитывать прошлый профессиональный опыт больных, их квалификацию, особенности психического состояния и возможный уровень трудовой адаптации.

В трудовом обучении нуждаются больные, которые заболели в молодом возрасте и не успели еще приобрести какой-либо специальности. Психическое заболевание, нарушив их социально-трудовую адаптацию, нередко лишив возможности продолжать учебу, затрудняет выработку реальных жизненных планов, перспектив. В таких случаях трудовое обучение приобретает характер и мощного психотерапевтического фактора, повышая у больных уверенность, иногда возвращая их и в сферу общественного производства.

В переобучении нуждаются те больные, которые в силу психического заболевания не могут вернуться к прежней профессии. Переобучение требует предварительной психотерапевтической подготовки,

поскольку утрата профессиональных способностей не всегда критически осмысливается больными.

Конечной целью внебольничной трудовой терапии психически больных является подготовка их к трудоустройству, то есть восстановление трудоспособности. Работа в ЛТМ является необходимым этапом в программе реабилитации и обусловлена определенными задачами:

- освоение определенной профессии или ее элементов (первичная реабилитация);
- восстановление элементарных трудовых навыков и включение в систематический труд (вторичная реабилитация);
- адаптация к систематическому труду на фоне интенсивной фармакотерапии.

Внебольничная трудовая терапия признана восстановить имевшиеся ранее трудовые навыки, провести профессиональную переориентацию тем больным, которые не могут трудиться более по прежней специальности или вообще до заболевания, не имевшие какой-либо специальности.

К преимуществу труда в условиях ЛТМ относят возможность работы под контролем, использование дозированных видов и режимов труда с учетом психофизических особенностей и сохранности профессионально-трудовых возможностей инвалида, ориентацию на приобретение полезных навыков трудовой деятельности. Немаловажное значение имеет коллективный характер работы, который способствует установлению новых коммуникативных связей и отношений.

## СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

### Психосоциальная характеристика личности участников боевых действий

Концепция посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) является теоретической моделью, определяющей все формы психопатологических и психологических реакций индивида, встречающиеся после перенесенного травматического стрессового события.

В течении постстрессовых состояний выделяют *острый, отсроченный и хронический* варианты. Работы, основанные на материале войн в Афганистане и Чечне, а также других травматических стрессовых событий последних лет, показывают, что отмечается тенденция к значительному увеличению веса отсроченных и затяжных состояний.

Согласно J. P. Wilson воздействие травматического стрессового события может приводить к следующим вариантам психических изменений:

- формированию позитивных, адаптивных изменений, укреплению характера;
- формированию негативных, дезадаптивных, патологических изменений личности;
- усилению специфических преобладающих стадий развития ЭГО;
- развитию ПТСР без изменений личности;
- развитию ПТСР в сочетании с патологическими изменениями личности.

Постстрессовые изменения личности могут включать весь диапазон уровней от акцентуаций до патохарактерологического развития личности. Они могут возникать непосредственно после стрессового события или в результате следующего за ним хронического постстрессового расстройства: невротического развития личности, постреактивного развития личности, ПТСР.

Постстрессовые расстройства также могут осложняться формированием алкоголизма, наркомании и психосоматических заболеваний. Кроме того, выявляются начальные признаки атеросклеротического процесса и раннее физическое старение организма в целом.

Говоря о последствиях воздействия экстремальных стрессовых событий, следует отметить, что воздействие охватывает все уровни человеческого организма и может вызывать изменения как психического, так и соматического характера.

В настоящее время в нашей стране все чаще ставятся сложные и ответственные задачи, решать которые приходится в экстремальных условиях. Участники боевых действий (комбатанты) характеризуются присутствием и агрессивным воздействием на психику широкого спектра неблагоприятных, дискомфортных и угрожающих факторов, порождающих повышенный уровень эмоционального стресса (дистресса). Это означает, комбатанты подвергаются не только физической угрозе (здоровью, жизни), но и значительному риску возникновения особой группы нервно-психических расстройств, известных как посттравматические стрессовые нарушения. Эти расстройства нередко являются непосредственной причиной срывов профессиональной деятельности, межличностных конфликтов, злоупотребления алкоголем, других негативных явлений.

Многие исследователи, работающие в области психической травмы, исходят из взгляда на постстрессовые состояния как на «нормальные реакции организма на экстремальные ситуации».

Посттравматический стресс – это не только наличие травмирующего события в прошлом. Такое событие – только часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Выражение «страдающий посттравматическим стрессом», подразумевает, что человек пережил травмирующее событие, то есть, испытал нечто ужасное, что не часто случается с людьми. По определению психиатров, травмирующим называется событие, выходящее за пределы нормального человеческого опыта. Образно говоря «Психическая травма срока давности не имеет».

Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые им события. Все мы реагируем по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую травму одному, и почти не затронет психику другого. Очень важно также, в какой момент происходит событие: один и тот же человек в разное время может реагировать по-разному.

Если травма была сравнительно небольшой, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса постепенно пройдут в течение нескольких часов, дней или недель. Если же травма была сильной, и травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраниться на многие годы.

Основные черты, которые свойственны травматической личности.

*Романтизм* - в плохом значении этого слова. Такие люди знают, в чем счастье человечества, и ради этого готовы пожертвовать всеми, кто имеет другие представления о счастье.

*Преобладание групповых ценностей над индивидуальными.* Для человека жизнь группы становится важнее, чем жизнь отдельного индивида. Следовательно, ради счастья группы, ради ее блага можно пожертвовать жизнью одного или другого человека, а также и своей собственной.

*Стремление к саморазрушению,* образующее вместе с предыдущим качеством комплекс, который можно было бы обозначить, как «счастье принести себя в жертву ради групповых интересов».

Такое представление на самом деле имеет прямую связь с базовой иллюзией бессмертия и в какой-то степени является ее продолжением: моя смерть не важна, если дело группы живет и побеждает. Идея, что человек жив, пока жива группа, с которой он отождествляется, психологически иногда бывает очень убедительной. Именно поэтому люди с такой радостью гибнут за общественные идеалы. Таким образом, они как бы обретают бессмертие.

*Иллюзия справедливости устройства мира.* Некоторые люди считают, что все зло обязательно бывает наказано, а добро непременно восторжествует. Это, как правило, слишком честные, благородные, принципиальные и справедливые люди. Правда их честность и благородство относятся только к членам своего сообщества. А ради принципа они готовы пожертвовать и своей жизнью, и жизнью близких, и чужой жизнью.

*Иллюзия простоты устройства мира.* Согласно этой иллюзии, мир поделился на две части: «наши» и «не наши». По отношению к «нашим» применимы и честность, и благородство. «Не наши» должны быть уничтожены, так как (еще один принцип травматической личности) кто не с нами, тот против нас. Весь мир оценивается в зависимости от того, по «какую сторону баррикад» он располагается. Для них все окрашено или в черный, или в белый цвет. Третьего не дано.

Подобно тому, как человек приобретает иммунитет к определенной болезни, его психика вырабатывает особый механизм для защиты от болезненных переживаний. Например, человек, переживший трагическую потерю близких, в дальнейшем подсознательно избегает устанавливать с кем-либо тесный эмоциональный контакт, если человеку кажется, что в критической ситуации он повел себя безответственно. Ему впоследствии будет трудно брать на себя ответственность за кого-то или за что-то.

«Боевые рефлексy» не казались чем-то необычным, пока человек находился в районе военных действий. Но, возвращаясь домой, он попадает в такую среду, где подобные рефлексy производят, по меньшей мере, странное впечатление. Тысячу раз, прямо и косвенно, множеством



различных способов человеку указывают, что пора прекратить вести себя как на войне. Но никто так и не объясняет, каким образом это сделать.

Для тех немногих участников боевых действий, кому повезет, дом становится местом, где их ждет любовь, где они чувствуют себя в безопасности и могут спокойно осмыслить пережитое, обсудить его с близкими. Такая атмосфера позволяет проанализировать свои ощущения, а затем внутренне принять свой опыт и примириться с прошлым, чтобы двигаться по жизни дальше.

К сожалению, такой счастливый сценарий не характерен для большинства вернувшихся с войны. По их рассказам, возвращение домой было не менее, а то и более тяжелым, чем военные переживания: не с кем было поговорить по душам, нигде не чувствовалось полной безопасности, и легче было подавлять в себе эмоции, чем позволить им вырваться наружу, с риском потерять контроль. В такой ситуации психическое напряжение долгое время не находит себе выхода.

Когда у человека нет возможности разрядить внутренне напряжение, его тело и психика находят способ как-то примениться к этому напряжению.

### **Симптоматика посттравматического стресса**

В медицинской литературе симптомы посттравматического стресса классифицируются следующим образом.

1. *Немотивированная бдительность.* Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность.

2. *Взрывная реакция.* При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (бросается на землю при звуке низко пролетающего вертолета, резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины).

3. *Притупленность эмоций.* Бывает, что человек полностью или частично утратил способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность. Многие жалуются, что со времени поразивших их тяжелых событий им стало намного труднее испытывать эти чувства.

4. *Агрессивность.* Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять сило-

вое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже, если цель не является жизненно важной.

5. *Нарушения памяти и концентрации внимания.* Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, такие трудности возникают при определенных обстоятельствах. В некоторые моменты концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек уже не в силах сосредоточиться.

6. *Депрессия.* В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.

7. *Общая тревожность.* Проявляется на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления – например, необоснованная боязнь преследования), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

8. *Приступы ярости.* Не приливы умеренного гнева, а именно взрывы ярости, по силе подобные извержению вулкана. Многие пациенты сообщают, что такие приступы чаще возникают под воздействием наркотических веществ, особенно алкоголя. Однако они бывают и в отсутствие алкоголя или наркотиков, так что было бы неверно считать опьянение главной причиной этих явлений.

9. *Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами.* В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов многие пациенты употребляют марихуану, алкоголь и (в меньшей степени) другие наркотические вещества.

10. *Непрошенные воспоминания.* В памяти пациента внезапно всплывают жуткие, безобразные сцены, связанные с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся «в то время», то есть во время травмирующего события: запах, зрелище, звуки словно бы пришедшие из той поры. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические «непрошенные воспоминания» сопровождаются сильным чувством тревоги и страха.

Непрошенные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. У участников войны эти сновидения часто (но не всегда) связаны с боевыми действиями.

11. *Галлюцинаторные переживания*. Это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях с той разницей, что при галлюцинаторном переживании память о случившемся выступает настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом «галлюцинаторном», отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие; он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спастись свою жизнь.

Галлюцинаторные переживания свойственны не всем участникам войны: это всего лишь разновидность непрошенных воспоминаний, для которых характерна особая яркость и болезненность. Они чаще возникают под влиянием наркотических веществ, в частности алкоголя, однако, галлюцинаторные переживания могут появиться у человека и в трезвом состоянии, а также у того, кто никогда не употребляет наркотических веществ.

12. *Бессонница* (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Когда человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть этот сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса. Бессонница также бывает вызвана высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также не проходящим чувством физической или душевной боли.

13. *Мысли о самоубийстве*. Участник войны постоянно думает о самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые в конечном итоге должны привести его к смерти. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит до той грани отчаяния, где не видно никаких способов поправить свое положение, он начинает размышлять о самоубийстве. Многие посттравматические пациенты сообщают, что в какой-то момент достигали этой грани.

14. *«Вина выжившего»*. Чувство вины из-за того, что выжил в тяжелых испытаниях, стойких жизни другим, нередко присуще тем, кто страдает от «эмоциональной глухоты» (неспособности переживать радость, любовь, сострадание и так далее) со времени травмирующих событий. Многие жертвы ПТС готовы на что угодно, лишь бы избежать

напоминания о трагедии, о гибели товарищей. Сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничтожительного поведения, когда «пытается отлупить самого себя».

Итак, говоря о посттравматическом стрессе, имеется в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику. Эти события так резко отличались от всего предыдущего опыта или причиняли настолько сильные страдания, что человек ответил на них бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в такой ситуации естественно стремится смягчить дискомфорт: человек, переживший подобную реакцию, коренным образом меняет свое отношение к окружающему миру, чтобы жить стало хоть немного легче.

Для предотвращения негативных психологических последствий психической травмы разрабатываются программы «управления стрессом», основанные на представлении, что неконтролируемый (неуправляемый) стресс носит деструктивный характер.

### **Организация психосоциальной адаптации и реабилитации участников боевых действий**

Психокоррекция постстрессовых расстройств содержит большой арсенал самых разнообразных методик, включающих в себя психодинамическую психотерапию, разнообразные варианты бихевиоральной психотерапии, семейную психотерапию, экзистенциальную психотерапию, гипноз, наркокатарсис, пневмокатарсис, нейролингвистическое программирование, когнитивную психотерапию.

Опыт стран, столкнувшихся с явлениями, возникающими после возвращения людей с войны и ветеранов боевых действий показал, что участие в событиях, связанных с риском для жизни, травматическим образом действует на психическое здоровье и состояние не только непосредственных участников, но и семей и всего общества в целом. Статистические данные показывают, что на каждого погибшего на войне, приходится один случай самоубийства ветеранов после прохождения военной службы.

#### *Основные принципы психосоциальной реабилитации.*

1. Своевременность. Реабилитация должна начинаться сразу же после окончания боевых действий, даже если эта пауза в служебно-боевой деятельности временная.
2. Ориентация в работе с личным составом на признание высокой значимости выполненных ими задач и высокую оценку их служебно-боевой деятельности, проявленных при этом лучших боевых качеств, даже если общий итог боевых действий имел неуспешный характер.

3. Создание атмосферы заботы, психологической поддержки военнослужащих со стороны командиров, выравнивание их отношения к военнослужащим, допустившим ранее проступки и нарушения.

*Начальный период* реабилитационной работы направляется на постепенный вывод сознания военнослужащих из вовлеченности в боевую ситуацию. Для этого периода характерно наличие значительного уровня высокостимулированной боевыми стрессами психической и физической энергии. Весь этот потенциал нуждается в реализации. Иными словами, накопленная энергия должна иметь выход. С этой целью необходима организация занятий, требующих физической нагрузки, однако не превышающей объема общей нагрузки, предусмотренных программой боевой подготовки. В этот период необходимо методом наблюдения проводить диагностику психических состояний с целью своевременного выявления военнослужащих с признаками непосредственных посттравматических расстройств психики. Внешними их проявлениями являются:

- изменение привычного стереотипа поведения данного военнослужащего на прямо противоположный: ранее общительный, подвижный солдат становится замкнутым, нелюдимым, тяготеет к уединению, и, наоборот, у ранее замкнутого, выдержанного военнослужащего появляется нехарактерная для него подвижность, общительность, разговорчивость, часто беспричинное веселье;
- повышенная раздражительность военнослужащего, переходящая в открытую агрессивность с истерическими признаками, слезливость, часто приходящая на смену агрессии;
- так называемая выключенность личности, отрешенность от всего происходящего вокруг, частая и длительная статичность позы, взгляда, потеря интереса к жизни подразделения, безразличие к своим товарищам и их занятиям, отсутствие собственных интересов и занятий.

Военнослужащие, имеющие подобные признаки нуждаются в оказании медико-психологической помощи, в специальных мероприятиях психокоррекции и психотерапии. В проявлении участия, заботы и заинтересованности их переживаниями в достаточной степени может быть заключена первая необходимая им помощь. В индивидуальных беседах с этими военнослужащими необходимо дать возможность высказать им все наболевшее, внимательно их выслушать, проявив при этом заинтересованность их рассказам. На следующем этапе целесообразно разъяснить, что с ними происходит и то, что это временные переживания, которые присущи всем, кто был в бою. Кроме того, необходимо сформировать у этих военнослужащих чувство товарищеской поддержки и уверенности, что его понимают и всегда готовы ему помочь.

Самое главное – не допустить возникновения чувства одиночества и вовлеченности человека в это чувство.

Характерным явлением постстрессовых реакций человека после боевых действий является повышенная тяга к спиртному и наркотикам. Особенно это характерно при отсутствии какого-либо занятия, физической работы, хорошо и интересного организационного отдыха, музыкальных и др. форм досуговой работы. В случае если подобные факты будут иметь место, то меры воздействия в отношении военнослужащих не должны быть излишне жесткими и строгими. В данном случае необходимо разъяснить опасность употребления алкоголя и наркотиков именно в той ситуации, так как алкогольная и наркотическая зависимость в период постстрессовых реакций могут стать необратимыми и привести к трагедии.

*Следующий этап* психосоциальной реабилитации должен в основе своей иметь комплекс мероприятий по формированию поддержки военнослужащих, выполнявших служебно-боевые задачи как в сфере социально-правовых отношений, так и в сфере общественной психологии, морально-нравственных отношений. Иными словами, должна быть реализована в той или иной степени потребность этих людей в общественном признании, выполняемого ими долга и их общественной поддержки. К сожалению, необходимо отметить, что далеко не всегда общественное мнение в государстве было объективно в оценке служебно-боевой деятельности военнослужащих. Примеры тому имеют место по отношению к бывшим воинам-«афганцам», в первые месяцы вооруженного конфликта в Чечне общественное мнение формировалось далеко не в пользу поддержки действий войск, а скорее наоборот. Этот этап реабилитации чреват возникновением межличностных конфликтов между/внутри воинских коллективов, где часть военнослужащих, не принимала непосредственного участия в выполнении служебно-боевых задач и находилась все это время в пункте постоянной дислокации. Возникающее раздражение по поводу равных себе людей, но не переживших того, что пришлось пережить им, зачастую вызывает агрессию, причем не только у солдат, сержантов по призыву, но и у офицерского состава.

Для структур по работе с личным составом в это время особым направлением их деятельности должны стать подготовка и проведение массовых культурно-досуговых мероприятий по пропаганде боевой деятельности личного состава, совершенных подвигов, примеров мужества, добросовестного выполнения своего воинского долга, причем не только отдельных воинов, но и целых подразделений, экипажей, расчетов. Формы работы: тематические вечера, вечера-портреты, вечера чествования героев, вечера мужества и т. п.

Другим негативным симптомом дезадаптации военнослужащих после возвращения в обычные условия службы является возможное проявление конфликтности между солдатами, сержантами и офицерами, которые не были с ними «там», когда вполне законная уставная требовательность последних может не всегда адекватно восприниматься их воевавшими подчиненными. Здесь необходимо проявить достаточно такта и понимания психологической привязанности к своим боевым командирам более высокой их авторитетности в глазах подчиненных. Целесообразно на начальном этапе реадaptации оставить рычаги управления боевыми подразделениями в руках их боевых командиров.

Однако основные усилия реабилитации должны быть в этот период сосредоточены на специальных мероприятиях, проводимых психологами, психиатрами, медицинскими работниками, и, в первую очередь, на психодиагностике, психофизиологическом обследовании, медицинских осмотрах и на работе по психорегуляции, психокоррекции, мероприятиях психотерапевтического характера. В первую очередь в поле пристального внимания специалистов должны попасть военнослужащие с признаками посттравматических реакций, которые у них наблюдались на начальном этапе реабилитации непосредственно после окончания боевых действий. Необходимо иметь в виду, что эти реакции могут иметь отсроченный характер и проявиться через значительный период времени после получения психической травмы практически у любого военнослужащего. Диагностика психических состояний, уровня нервно-психической деятельности, проводимая психологами и психиатрами, должна быть основным содержанием работы в ходе медицинского обследования личного состава после возвращения его из районов выполнения военной задачи. Особое внимание должно быть уделено проведению бесед как групповых, так и индивидуальных, в ходе которых необходимо сориентировать в проблемах, возникающих в процессе их реадaptации к обычным условиям жизнедеятельности.

Необходимо иметь в виду, что данный этап чреват суицидальными попытками у некоторых военнослужащих, которые в большей степени оказались подвержены психотравмирующему воздействию боевой обстановки. Все эти негативные последствия выполнения служебно-боевых задач в условиях, сопряженных с риском для жизни, являются предметом специальных психосоциальных реабилитационных мероприятий, проводимых психологами, медицинскими и социальными работниками.

Особое место в общей системе работы по психосоциальной реабилитации занимает работа с семьями офицеров, прапорщиков, военнослужащих, участвующих в боевых действиях. Эта работа должна быть

проведена еще до возвращения войск в пункты постоянной дислокации. Обстановка в семье, семейные отношения оказывают важнейшее влияние на психологическое состояние военнослужащих, особенно после возвращения их из района боевых действий.

Работа с семьями должна вестись непосредственно при выполнении частями служебно-боевых задач, когда поступающая информация из районов действий оперативно и своевременно в возможном объеме доводится до членов семей военнослужащих, широко пропагандируется успешное выполнение служебно-боевых задач, примеры мужества, решительности, добросовестного выполнения воинского долга. В беседах с членами семей им выдаются следующие рекомендации.

- Внимательное и заинтересованное слушание рассказов своего партнера о том, что ему пришлось пережить. Очень важно этому человеку выговориться, особенно при моральной поддержке близкого и любимого человека. Необходимо поделиться своими переживаниями за время отсутствия мужа и членам семьи.

- Постараться оказать помощь психологически вернуться в нормальную, привычную жизнь.

- Проявить внимание и терпение к проблемам мужа, которые неизбежно возникают после боевого стресса, к его психологическому дискомфорту, к повышенной раздражительности, возможному длительному депрессивному состоянию и т. п. Это временные явления, необходимо помочь ему с ними справиться.

- Необходимо учитывать, что за время разлуки, связанной с выполнением мужем служебно-боевых задач оба супруга несколько изменились. Необходимо какое-то время, чтобы опять привыкнуть друг к другу. Возвращение мужа к привычной совместной жизни может протекать не без осложнений.

- Особое внимание необходимо уделить детям. Важно чтобы при восстановлении привычных отношений с мужем они не оказались без должного внимания и заботы.

- Создать благоприятную интимную обстановку.

- Не поощрять употребление мужем алкоголя. Постараться тактично дать ему понять, что это пагубно для него, ваших отношений и в целом для семьи.

Мероприятия общей психосоциальной реабилитации проводятся структурами по работе с личным составом в комплексе со специальными мероприятиями психологической, медицинской, социальной реабилитации, проводимыми подготовленными социальными работниками, психологами, медиками.

Психосоциальная реабилитация участников боевых действий дол-



жна осуществляться на всех уровнях (в Центрах реабилитации, трудовых коллективах, непосредственном окружении через различные формы воздействия) и быть нацелена на скорейшую социальную и психологическую адаптацию и реадaptацию. Для этого наиболее целесообразно использовать два класса методов: личностно ориентированную (реконструктивную) психотерапию и методы психотерапии с преимущественно симптоматической направленностью. Их общая цель – воздействие на личностные изменения, устранение неадекватных поведенческих стереотипов, препятствующих их полноценной психосоциальной реадaptации.

*Когнитивно - поведенческая терапия посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий.*

Развитие когнитивных и поведенческих подходов в психотерапии посттравматических стрессовых расстройств происходит стремительно, с дифференциацией преимущественно в трех направлениях: 1) собственно когнитивная терапия; 2) терапия «обнажением» тревоги; 3) тренинг управления тревогой (тренинг «прививка стресса» по D. Meichenbaum).

*Когнитивные интервенции.*

Когнитивные модели посттравматических реакций подчеркивают важное значение роли когнитивных процессов в ответе личности на интенсивное психотравмирующее воздействие. Посттравматические реакции под влиянием когнитивных факторов могут существенно редуцироваться. Когнитивные психотерапевты исходят из предпосылки, что эмоциональное расстройство личности поддерживается вследствие того, что является результатом его негативного познания. Цель когнитивной терапии – научить пострадавшего идентифицировать и «наблюдать» собственные мысли, убеждения, оценивать их применительно к себе. Клиенты обучаются идентифицировать «в логическом зеркале» свое мышление и находить более реалистичные и помогающие альтернативы их посттравматическому стилю поведения. Когнитивная терапия является структурированной, сотрудничающей, ориентированной на проблему и кратковременной. Когнитивное «обнажение» может редуцировать страхи, опасения, тревоги, хотя оно не всегда эффективно при купировании депрессии и низкой самооценки клиента. Однако когнитивная терапия считается более эффективной, чем лечение антидепрессантами и методами поведенческой психотерапии.

*Психотерапия «обнажением» тревоги*

Современные зарубежные психотерапевты регулярно используют при лечении посттравматических стрессовых расстройств элементы психотехники «обнажения» тревоги (exposure), однако в отечественной психотерапии данная эффективная методика остается недостаточно извест-

ной. Первые результаты апробации ее на небольшом контингенте участников боевых действий с проявлениями посттравматических стрессовых расстройств, возникших в результате воздействия экстремальных условий профессиональной деятельности, показали ее адекватность в нашей психотерапевтической практике.

Психотехнология «обнажения» тревоги включает в себя процедуры, поддерживающие и способствующие направленной конфронтации между клиентом и тревогой, возникшей в результате травмирующего события. В ходе психотерапии пациент и врач проговаривают и «проигрывают» психотравмирующую ситуацию с постепенно нарастающей степенью сложности и напряженности.

В результате терапии происходит, как бы повторное вхождение клиента в психотравмирующую ситуацию, которую он ранее пытался упорно избегать. Клиенты достаточно долго (до 45-60 минут) пребывают в ситуации страха, угрозы, опасения, пока тревога не уменьшится или не исчезнет совсем. Данное упражнение повторяется клиентом дома ежедневно. Нормированность нагрузки на клиента достигается использованием перечня опасных ситуаций (от менее к более сложным). Работа с клиентом продолжается до тех пор, пока тревога, страх, опасения не редуцируются.

Необходимо отметить, что после психической травмы у больных отмечалось расширение зоны избегающего поведения. Например, пострадавший при падении вертолета человек перестал пользоваться наземным транспортом. Устранение избегающего поведения, снижение страха и тревоги было достигнуто у него лишь после трехмесячного курса психотерапии, когда клиент снова смог сесть за руль собственной машины.

Исследования данной психотехники показывают, что сочетание обоих вариантов («воображаемого» и «в реальной жизни») «обнажения» тревоги повышает эффективность проводимого лечения, сокращает сроки нетрудоспособности, способствует формированию более адаптивных механизмов преодоления стресса.

#### *Тренинг «Управление тревогой»*

Данный подход является альтернативным и взаимодополняющим методику «обнажения» тревоги. Цель социального работника – обучение клиента эффективным путям совладания с тревогой, возникшей как реакция на тяжелый стресс. Тревога при этом рассматривается либо как естественная реакция человека на экстремальное воздействие среды, либо как результат недостаточности преодолевающих стресс компенсаторных (coping) механизмов. Недостаточность личностного репертуара копинг-стратегий клиента может быть использована для купирования

тревоги применением следующих психотехник:

- получение информации о природе тревоги, ее компонентах (физических, когнитивных и поведенческих) и о том, что реакция тревоги на посттравматический стресс является естественной;
- тренинг мышечной релаксации в различных модификациях (Джекобсон, обратная связь);
- техника «контролируемое дыхание»: медленное поверхностное диафрагмальное дыхание уменьшает гипервентиляцию, способствует уменьшению тревоги и памяти;
- «притормаживание познания (мышления)» является техникой, препятствующей воспоминаниям о психотравме, появлению образов, типичных для посттравматических стрессовых расстройств;
- руководство диалогом с собой: клиент обучается по индивидуальному сценарию управлять тревогой и обсуждать с самим собой психотравмирующую ситуацию;
- психотехнология «разрешение проблемы», в которой жизненные трудности рассматриваются по частям, проводится генеральная альтернатива выхода из психотравмирующей ситуации и успешное разрешение проблемы становится более вероятным;
- практика ролевой игры «Трудные ситуации», включает в себя тренинг таких социальных навыков, как «напористость», «уверенность в себе».

По мнению ряда авторов, использование такого комплекса методик является достаточно эффективным для купирования посттравматической тревоги.

Другой вариант методики предложен D. Meichenbaum в 1977 году и именуется: тренинг «прививки стресса». Три фазы тренинга описаны ниже.

*1 фаза* – концептуализация. Клиент и социальный работник определяют варианты тренинга в ситуациях, провоцирующих тревогу. Контроль осуществляется путем самонаблюдения и ведения дневниковых записей.

*2 фаза* – приобретение навыков. Клиент обучается техникам управления тревогой применительно к собственной проблеме. Автор методики концентрирует внимание на обучении клиента копинг-навыкам управления провоцирующими тревогу ситуациями в реальной жизни.

*3 фаза* – репетиция и использование навыков. Клиенты практикуют навыки, при помощи которых они обучаются в реальной жизни между сеансами совместного обучения с социальным работником.

Описанные выше когнитивные поведенческие подходы успешно

применяются в социальной работе посттравматических расстройств среди полицейских зарубежных стран. Их эффективность подтверждена и на участниках боевых действий России с посттравматическими стрессовыми расстройствами.

## **СПИСОК НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ И ЛИТЕРАТУРЫ**

### **Список нормативно-правовых документов**

1. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. [Текст] : ФЗ № 3185-1 от 2 июля 1992 г. // Ведомости съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета. – 1992. – № 33.
2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. [Текст] : ФЗ от 20 января 1995. // Российская газета. – 1995. – 3 декабря.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. [Текст] : ФЗ № 5489-1 от 22 июля 1993 // Ведомости съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. – 1993. – № 33.
4. Концепция демографического развития РФ на период до 2015 года. [Текст] : Распоряжение Правительства РФ № 1270 от 24 сентября 2001. // Российская газета. – 2003. – 16 ноября.
5. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. [Текст] // Учительская газета. – 1999. – 28 декабря.
6. О наркотических средствах и психотропных веществах: перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. [Текст] : нормативные документы. – Екатеринбург, 2001.
7. О профилактике наркомании и токсикомании на территории Свердловской области. [Текст] : ОЗ от 3 декабря 1997.
8. О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. [Текст] : приказ Министерства здравоохранения РФ № 226 от 28 июля 1997 г.
9. О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. [Текст] : приказ Министерства здравоохранения РФ № 27 от 13 февраля 1995 г.
10. О психиатрической и психотерапевтической помощи. [Текст] : приказ Министерства здравоохранения РФ № 294 от 30 октября 1995 г.
11. О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении. [Текст] : приказ Министерства здравоохранения РФ № 301 от 13 октября 1997 г.
12. Семейный кодекс РФ [Текст] : официальный текст с изменениями и дополнениями на 10 марта 2005 г. – М.: изд-во Эксмо, 2005.

13. О состоянии и мерах по профилактике и снижению числа аборт, материнской смертности после абортов в Российской Федерации [Текст] : Коллегия Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 21 октября 2003 г.

14. О неотложных мерах по коренному улучшению работы с личным составом в системе МВД РФ. [Текст] : директива МВД РФ № 1 от 19 июня 1996 г.

### **Список рекомендуемой литературы**

1. Абдурахманов, Р. А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана. [Текст] / Р. А. Абдурахманов. – М. , 1992.

2. Абшаихова, У. А. Клинико-катамнестическое исследование поведения подростков, больных гашишной наркоманией [Текст] / У. А. Абшаихова, Н. А. Сирота // Саморазрушающее поведение у подростков : сб. – Л. , 1991.

3. Авдеев, А. А. Демографические аспекты планирования семьи [Текст] / А. А. Авдеев // Рождаемость : Социологический и демографический аспекты. – М. , 1995.

4. Аведисова, А. С. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых [Текст] / А. С. Аведисова, В. И. Бородин, В. О. Чахаева. // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 6.

5. Авруцкий, Г. Я. Лечение психических больных. [Текст] : руководство для врачей. / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – М. , 2001.

6. Александров, А. А. Современная психотерапия. [Текст] : курс лекций. / А. А. Александров. – СПб. , 1997.

7. Александровский, Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. [Текст] / Ю. А. Александровский. – М. , 1996.

8. Александровский, Ю. А. Психогении в экстремальных условиях. [Текст] / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов [и др.] – М. : Медицина, 1991.

9. Алексеев, А. Три правила психогигиены. [Текст] / А. Алексеев // Физкультура и спорт. – 1997. – №7.

10. Алмазов, Б. Н. Психическая дезадаптация несовершеннолетних. [Текст] / Б. Н. Алмазов. – Свердловск , 1986.

11. Ананьев, В. А. Введение в психологию здоровья [Текст] : учеб. пособие. / В. А. Ананьев – СПб. : изд-во БПА, 1998.

12. Андреева, Г. М. Уровень социальной стабильности и особенности социализации в старшем школьном возрасте [Текст] /

Г. М. Андреева, К. Хелкама, Е. М. Дубовская. // Вестник МГУ. – Серия № 14. – 1997. – № 4.

13. Андреева, И. А. Реабилитация участников вооруженных конфликтов [Текст] / И. А. Андреева // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1999. – №2(10).

14. Андрианов, В. Службы медицинские, службы социальные [Текст] / В. Андрианов, А. Котровский. // Социальная работа. – 1994. – №2.

15. Антонов, А. И. Социология семьи. [Текст] / А. И. Антонов, В. М. Медков. – М., 1996.

16. Афанасенко, Г. Л. Медицинская валеология. [Текст] / Г. Л. Афанасенко, Л. А. Попова Л.А. – Ростов-на-Дону, 2000.

17. Бабаян, Э. А. Наркология. [Текст] / Э. А. Бабаян, М. Х. Гопнольских. – М., 1996.

18. Баймухаметов, С. «Сны золотые» исповеди наркоманов. [Текст] / С. Баймухаметов. – Екатеринбург, 1998.

19. Баранов, О. В. Психотерапия и психокоррекция в наркологической реабилитации [Текст] / О. В. Баранов, Г. Н. Носачев. // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 6.

20. Баушева, И. Л. «Черная дыра» наркомании [Текст] / И. Л. Баушева. // Семейная психология и семейная терапия. – 1998. – №1.

21. Баушева, И. Л. Двенадцать шагов [Текст] / И. Л. Баушева // Семейная психология и семейная психотерапия. – 1998. – № 2.

22. Бачинина, С. В. Антинаркотическое воспитание в школе. [Текст] / С. В. Бачинина. – Екатеринбург, 1999.

23. Белинская, Е. П. Я-концепция и ценностные ориентации старших подростков в условиях быстрых социальных изменений [Текст] / Е. П. Белинская // Вестник МГУ. – Серия № 14. – 1997. – № 4.

24. Белогуров, С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. [Текст] / С. Б. Белогуров. – СПб.-М., 1998.

25. Беляева, М. А. Социально-педагогическая работа с семьей ребенка-инвалида [Текст] : учеб. пособие / М. А. Беляева, И. А. Кузнецов ; Академия социального образования. – Екатеринбург : изд-во АМБ, 2001.

26. Березин, С. В. Психология ранней наркомании. [Текст] / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, И. А. Мотынга. – Самара, 1997.

27. Блюм, Г. Психоаналитические теории личности. [Текст] / Г. Блюм. – М., 1996.

28. Богданович, В. И. Психокоррекция в повседневной жизни. [Текст] / В. И. Богданович. – СПб., 1995.

29. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. [Текст] / В. В. Бойко. – М. , 1996.
30. Борейко, К. В. Особенности манифестации пароксизмальных эпилептиформных клинических проявлений у ветеранов Афганистана [Текст] / К. В. Борейко, В. С. Мякотных. // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии. – Екатеринбург , 1997.
31. Борисов, В. А. Аборты и планирование семьи в России: правовые и нравственные аспекты: опрос экспертов. [Текст] / В. А. Борисов, А. Б. Синельников, В. Н. Архангельский. // Вопросы статистики. – 1997. – № 3.
32. Брехман, И. И. Валеология – наука о здоровье [Текст] / И. И. Брехман. – 2-е изд. – М. : ФиС, 1990.
33. Брюн, Е. А. Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином [Текст] / Е. А. Брюн [с соавт.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 3.
34. Бунькова, О. А. Вопросы об актуальности посттравматических стрессовых расстройств. [Текст] / О. А. Бунькова. // Геронтология. Гериатрия. Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург , 2001.
35. Бунькова, О. А. О посттравматической адаптации участников Чеченского конфликта [Текст] / О. А. Бунькова. // Геронтология. Гериатрия. Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург , 2001.
36. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. [Текст] / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер Ком, 1999.
37. Бурно, М. Е. Терапия творческого самовыражения. [Текст] / М. Е. Бурно. – М. , 1989.
38. Буторина, Н. Е. Особенности девиантного поведения как клинического проявления пубертатного криза [Текст] / Н. Е. Буторина, Е. Д. Дедков. // Саморазрушающее поведение у подростков : сб. – Л. , 1991.
39. Вайс, Дж. Как работает психотерапия. [Текст] / Дж. Вайс. – М. , 1998.
40. Валентик, Ю. В. Реабилитация в наркологии [Текст] : учеб. пособие. / Ю. В. Валентик. – М. : Прогрессивные био-медицинские технологии, 2001.
41. Валентик, Ю. В. Медико-социальная работа в наркологии. [Текст] / Ю. В. Валентик, А. М. Вязьмин, О. В. Зыков [и др.] – Архангельск : изд-во Архангельской медакадемии, 1997.



42. Валентик, Ю. В. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. [Текст] / Ю. В. Валентик, О. В. Зыков, М. Г. Цетлин. – М., 1997.
43. Васильев, В. Н. Здоровье и стресс. [Текст] / В. Н. Васильев. – М., 1991.
44. Вахов, В. П. Психическая дезадаптация у сотрудников ОВД и методы ее коррекции. [Текст] / В. П. Вахов, В. Г. Козюля [и др.] // Проблемы профилактики дезадаптации и профессиональной деформации у сотрудников ОВД : сб. науч. трудов. – М. : ВНИИМВДРФ, 1993.
45. Вид, В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической практике и его функциональное структурирование [Текст] / В. Д. Вид. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5.– Вып. 3.
46. Войтенко, Р. М. Социальная медицина и концепция реабилитации. [Текст] / Р. М. Войтенко. – СПб., 2002.
47. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. [Текст] / Р. М. Войтенко. – СПб., 2002.
48. Гаврилова, Л. В. Состояние и перспективы развития специализированной гинекологической помощи детям и подросткам в России [Текст] / Л. В. Гаврилова. // Планирование семьи. – 1996. – № 4.
49. Гинзбург, М. Р. Сформированность личностной идентичности как показатель успешности социализации в старшем подростковом возрасте. [Текст] / М. Р. Гинзбург. // Мир психологии. – 1998. – № 1.
50. Голдберг, Д. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель. [Текст] / Д. Голдберг, П. Хаксли. – Киев, 1999.
51. Горелова, Л. В. Планирование семьи. [Текст] / Л. В. Горелова. – Ростов-на-Дону, 2004.
52. Гребешева, И. И. Концепция полового воспитания подростков, разработанная Российской Ассоциацией «Планирование семьи» [Текст] / И. И. Гребешева, Л. Г. Камсюк, И. Л. Алесина. // Выбор. – М. : РАПС, 1997.
53. Григорьев, Е. А. Психологическое консультирование сотрудников отрядов специального назначения, побывавших в экстремальных ситуациях. [Текст] / Е. А. Григорьев // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2000. – №1(13).
54. Григорьева, Т. Г. Основы конструктивного общения. [Текст] / Т. Г. Григорьева, Л. В. Линская, Т. П. Усольская. – Новосибирск, 1997.
55. Грюсс, У. От многомерного психиатрического диагноза к многомерной терапии. Зачем психиатрии нужны психологи и социаль-

ные работники? [Текст] / У. Грюсс // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6. – Вып. 2.

56. Гульдман, В. В. Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков [Текст] / В. В. Гульдман, М. В. Шведова. // Саморазрушающее поведение у подростков : сб. – Л. , 1991.

57. Гуманистический подход к охране здоровья. [Текст] / перев. с англ. Е. В. Беззубовой. ; науч. ред. К. В. Григорьев. – М. , 1998.

58. Гурвич, И. Н. Социальная психология здоровья. [Текст] / И.Н. Гурвич. – СПб. : изд-во СПбГУ, 1999.

59. Гуркин, Ю. А. Роль центра «Ювента» в охране репродуктивного здоровья подростков. [Текст] / Ю. А. Гуркин, П. Н. Кротин, Е. А. Товстуха. // Репродуктивное здоровье и сексуальное воспитание молодежи. – М. , 1995.

60. Гурко, Т. А. Трансформация института современной семьи. [Текст] / Т. А. Гурко. // Социс. – 1995. – № 10.

61. Гурович, И. Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии. [Текст] / И. Я. Гурович, Я. А. Сорожакова. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11. – № 3.

62. Гурович, И. Я. Социальная работа в психиатрических учреждениях [Текст] : учеб.-метод. пособие. / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, О. В. Немиринский. – М. , 1995.

63. Дементьева, Н. Ф. Перспектива реабилитационной ориентации центров социального обслуживания [Текст] / Н. Ф. Дементьева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1999. – №2.

64. Дементьева, Н. Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. [Текст] / Н. Ф. Дементьева, Э. В. Устинова. – М. , 1991.

65. Дербенева, Л. М. Интимная жизнь стресса. [Текст] / Л. М. Дербенева // Химия и жизнь. – 1999. – №7.

66. Деркач, А. А. Идеологическое воздействие: социально-психологические и педагогические аспекты. [Текст] / А. А. Деркач, Е. В. Селезнева. – М. , 1985.

67. Дерябо, С. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения [Текст] / С. Дерябо, В. Левин. // Директор школы. – 1999. – № 2.

68. Десятникова, Ю. М. Психологическое состояние старшеклассников при изменении социального окружения [Текст] / Ю. М. Десятникова. // Вопросы психологии. – 1995. – № 5.

69. Дмитриева, Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. [Текст] / Е. В. Дмитриева. – М. : изд-во «Центр», 2002.

70. Дмитриева, Т. Б. Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии. [Текст] / Т. Б. Дмитриева. – М., 2001.
71. Дыскин, А. А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. [Текст] / А. А. Дыскин, Э. И. Танюхина. – М., 1996.
72. Дюркгейм, Э. Социология: Ее предмет, метод, предназначение. [Текст] / Э. Дюркгейм. – М., 1995.
73. Ерышев, О. Е. Жизнь без наркотиков. [Текст] / О. Е. Ерышев – СПб., 2001.
74. Жакова, И. Синдром менеджера. [Текст] / И. Жакова // Домашний очаг. – 2001. – № 8.
75. Журавлева, И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. [Текст] / И. В. Журавлева. – М.: ИС РАН, 2002.
76. Завиршек, Д. Социальные инновации. Новая парадигма социальной работы в Центральной Европе. [Текст] / Д. Завиршек // Социальная политика и социальная работа. – 1997. – № 2, 3.
77. Захарова, О. Д. Эволюция рождаемости в России в XX веке. [Текст] / О. Д. Захарова. – М., 1993.
78. Зимняя, И. А. Функционально-ролевой репертуар деятельности социального работника. [Текст] / И. А. Зимняя // Функции и роли социального работника в условиях обеспечения адресной системы социальной защиты населения. – М., 1997.
79. Знаков, В. В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства. [Текст] / В. В. Знаков. // Психологический журнал. – 1989. – № 4.
80. Знаков, В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении. [Текст] / В. В. Знаков // Психологический журнал. – 1990. – № 2.
81. Зозуля, Т. В. Основы социальной и клинической психиатрии [Текст]: учеб. пособие для высш. учеб. заведений. / Т. В. Зозуля – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
82. Зозуля, Т. В. Социальная реабилитация психически больных в амбулаторных условиях. [Текст] / Т. В. Зозуля, В. С. Ястребов, А. Ф. Степанова. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – № 3.
83. Зубкова, Т. С. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи. [Текст] / Т. С. Зубкова, Н. В. Тимошина. – М., 2003.
84. Иванец, Н. Н. Диагностические критерии тяжести патологического влечения к наркотику. [Текст] / Н. Н. Иванец, М. А. Виннико-

ва. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 8.

85. Ивачев, П. В. Социальная работа в системе здравоохранения: теоретические и методологические аспекты. [Текст] / П. В. Ивачев // Госпитальный вестник. – 2005. – № 1.

86. Измеров, Н. Стресс на работе. [Текст] / Н. Измеров, В. Матюхин, О. Юшкова. // Социальная защита. – 2001. – № 3.

87. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. [Текст] / М. М. Кабанов. – СПб., 1998.

88. Казаковцев, Б. А. Реализация психиатрического законодательства и планирование развития психиатрической службы. [Текст] / Б. А. Казаковцев. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6. – № 4.

89. Казаковцев, Б. А. Социально-трудовая реабилитация психически больных в России: история и перспективы. [Текст] / Б. А. Казаковцев // Реформы службы психического здоровья, проблемы и перспективы. – М., 1997.

90. Калитевская, Е. Р. Адаптация и развитие: Выбор психотерапевтической стратегии. [Текст] / Е. Р. Калитевская, В. И. Ильичева. // Психологический журнал. – 1995. – № 1. – Т. 16.

91. Камалдинов, Д. О. Программы предупреждения раннего начала половой жизни. [Текст] / Д. О. Камалдинов. – Новосибирск, 1997.

92. Камсюк, Л. Г. Методологические подходы к составлению программ по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи. [Текст] / Л. Г. Камсюк // Репродуктивное здоровье и сексуальное воспитание молодежи. – М., 1995.

93. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. [Текст] / Б. Д. Карвасарский. – СПб., 1998.

94. Карнеги, Д. Как перестать беспокоиться и начать жить. [Текст] / Д. Карнеги; пер. с англ. З. П. Вольская, Ю. В. Семенов. – Рыбинск, 1996.

95. Каткова, И. А. Репродуктивное здоровье и права молодежи. [Текст] / И. А. Каткова, Е. В. Андриюшина, О. И. Куликова. // Народонаселение. – 1999. – № 1.

96. Киндрас, Г. П. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане. [Текст] / Г. П. Киндрас, А. М. Тураходжаев. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 1.

97. Киселев, А. К. Психическое здоровье населения. [Текст] / А. К. Киселев, Н. М. Жариков, А. Е. Иванова, Л. П. Яцков. – Владивосток, 1993.

98. Китаев-Смык, Л. Возвращенцы. [Текст] / Л. Китаев-Смык // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1998. – № 2(8).
99. Козлов, В. Руководство по спасению наркомана, или краткий курс выживания. [Текст] / В. Козлов. – М., 2002.
100. Колмыкова, Е. С. Особенности психотерапии посттравматического стресса. [Текст] / Е. С. Колмыкова, Е. А. Миско [и др.] // Психологический журнал. – 2001. – № 4. – Т. 22.
101. Колодзин, Б. Как жить после психической травмы. [Текст] / Б. Колодзин. – М. : Шанс, 1997.
102. Колодкин, Л. М. Профессиональные требования к работникам оперативных служб. [Текст] / Л. М. Колодкин // Вестник МВД РФ. – М., 1992.
103. Комиссаров, Б. Г. Наркомания SOS. [Текст] / Б. Г. Комиссаров, А. А. Фоменко. – Ростов-на-Дону, 2000.
104. Кон, И. С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-психологический анализ. [Текст] / И. С. Кон. – Дубна : Феникс+, 2001.
105. Кондратьев, М. Ю. Особенности психосоциального развития подростков. [Текст] / М. Ю. Кондратьев. // Вопросы психологии. – 1997. – № 3.
106. Кондрашенко, В. Т. Общая психотерапия. [Текст] / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской. – Минск, 1997.
107. Котенев, И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел. [Текст] / И. О. Котенев. – М., 1997.
108. Котенев, И. О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция [Текст] / И. О. Котенев. // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1996. – № 1(3).
109. Кочунас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. [Текст] / Р. Кочунас. – М., 2002.
110. Красик, Е. Д. Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных. [Текст] / Е. Д. Красик // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 1. – Т. 2.
111. Кремлева, О. В. Стратегия и тактика модификации факторов, способствующих формированию зависимостей у детей и подростков. [Текст] / О. В. Кремлева // Материалы второй научной конференции. – Екатеринбург, 1999.
112. Кремлева, О. В. Профилактика зависимостей, ориентированная на причины: Теория и практика противодействия наркомании в

уральском регионе [Текст] / О. В. Кремлева, В. В. Лозовой. // Материалы первой научно-практической конференции. – Екатеринбург, 1998.

113. Кроткая, Г. С. К проблеме пограничных психических расстройств у воинов-интернационалистов. [Текст] / Г. С. Кроткая. // Медицинская реабилитация ветеранов войн. – Екатеринбург, 1994.

114. Кроткая, Г. С. О некоторых особенностях нервно-психических расстройств у участников боевых действий в Чечне. [Текст] / Г. С. Кроткая // Актуальные проблемы геронтологии гериатрии. – Екатеринбург, 1997.

115. Крушельницкая, О. И. Человек, обстоятельство и стресс [Текст] / О. И. Крушельницкая, А. Н. Третьякова. // Биология в школе. – 1999. – № 3.

116. Кузьмин, К. В. История социальной работы. [Текст] / К. В. Кузьмин, Б. А. Сутырин. – М. : изд-во «Академ. проект», 2005.

117. Кулаков, В. И. Медико-социальные аспекты планирования семьи. [Текст] / В. И. Кулаков. // Проблемы планирования семьи в России. – М., 1994.

118. Куликов, Л. В. Здоровье и субъективное благополучие [Текст] / Л. В. Куликов. // Психология здоровья / под ред. Г. Н. Никифорова. – СПб., 2000.

119. Курек, Н. С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболеваний наркоманией у подростков и коррекция их эмоциональных нарушений [Текст] / Н. С. Курек // Вопросы наркологии. – 1993. – № 1.

120. Латышева, О. В. Психоактивная профилактика подростковой и юношеской наркомании [Текст] / О. В. Латышева, Ю. С. Белосова, А. В. Макаров, О. А. Коронцевич. // Проблемы профилактики и реабилитации наркомании : сб. докл. Всерос. науч.-практич. конф. – Самара, 1998.

121. Леонова, А. Б. Психопрофилактика стрессов. [Текст] / А. Б. Леонова, А. С. Кузнецова. – М. : изд-во МГУ, 1993.

122. Линькова, И. В. Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика. [Текст] / И. В. Линькова, Л. А. Габуева. – М. : МУФЭР, 2001.

123. Лисицын, Ю. П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. [Текст] / Ю. П. Лисицын. – Казань, 1999.

124. Литвинцев, С. В. Психиатрическая помощь военнослужащим в Афганистане. [Текст] / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков. – СПб., 1997.

125. Личко, А. Е. Подростковая наркология. [Текст] / А. Е. Личко, В. С. Битенский. – Л., 1991.

126. Лозовая, Т. В. Концепция курсовой подготовки педагогов-организаторов программ причинно-ориентированной профилактики детско-подростковых зависимостей от наркотических и токсических средств [Текст] / Т. В. Лозовая // Материалы второй научной конференции. – Екатеринбург, 1999.
127. Лоренц, К. Обратная сторона зеркала. [Текст] / К. Лоренц. – М., 1998.
128. Магазаник, Н. А. Искусство общения с больными. [Текст] / Н. А. Магазаник. – М., 1991.
129. Магомед-Эминов, М. Ш. Личность и экстремальная ситуация. [Текст] / М. Ш. Магомед-Эминов. // Вестник МГУ. – 1996. – Серия № 14. – № 4.
130. Макеева, А. А. Наркомания в России ... Победим? [Текст] / А. А. Макеева // Вита. – 1998. – № 3.
131. Маклаков, А. Г. Общая психология. [Текст] / А. Г. Маклаков. – СПб., 2000.
132. Малько, М. О. Экзистенциально-гуманистический контекст современной психологической практики при работе с клиентами, имеющими экстремальный опыт. [Текст] / М. О. Малько. // Госпитальный вестник. – 2005. – № 1.
133. Марасанов, Г. И. Социально-психологический тренинг. [Текст] / Г. И. Марасанов. – М., 1998.
134. Мардахаев, Л. В. К вопросу о технологии в социальной педагогике. [Текст] / Л. В. Мардахаев. // Социальная работа: теория, технология, образование. – 1996. – № 1.
135. Марищук, В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. [Текст] / В. Л. Марищук, В. И. Евдакилов. – СПб., 2001.
136. Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. [Текст] / А. В. Мартыненко. – М.: Наука, 1999.
137. Мартыненко, А. В. Теория медико-социальной работы [Текст]: учеб. пособие. / А. В. Мартыненко. – М.: изд-во МГСА, 2002.
138. Мартыненко, А. В. Проблемы становления в России медико-социальной работы как профессиональной деятельности. [Текст] / А. В. Мартыненко. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1995. – № 4.
139. Маслоу, А. Дальние пределы человеческой психики. [Текст] / А. Маслоу. – СПб., 1997.
140. Мастеров, Б. М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. [Текст] / Б. М. Мастеров. – Рига, 1996.

141. Матющенко, Л. И. Организация реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным. [Текст] / Л. И. Матющенко // Социальные и онкологические проблемы детской онкологии : матер. I Всероссийской конференции с международным участием. – М. : 1997.
142. Медик, В. А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 1. Общественное здоровье. [Текст] / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М. , 2001.
143. Медицина и социальная работа: методологический семинар [Текст] / гл. ред. И. Холостова. ; отв. ред. и сост. А. В. Мартыненко. – М. : Институт социальной работы, 1998.
144. Мейер, К. Практика социальной работы: Обзор основных направлений. [Текст] / К. Мейер // Энциклопедия социальной работы : в 3 т. – М. , 1994. – Т. 2.
145. Мель, Ю. Социальная компетентность как цель психотерапии. [Текст] / Ю. Мель // Вопросы психологии. – 1995. – № 5.
146. Миронов, Е. Прощайте наркотики. [Текст] / Е. Миронов. – СПб. , 2001.
147. Митина, Л. М. Профессиональное здоровье учителя: стратегия, понимание, технология. [Текст] / Л. М. Митина. // Школа здоровья. – 1997. – №2. – Т. 4.
148. Мкртчян, Г. Л. Роль участковых педиатров в половом воспитании и образовании девочек. [Текст] / Г. Л. Мкртчян, В. Г. Баласанян. // Планирование семьи. – 1999. – № 3.
149. Моисеенко, Е. И. Медико-социальные аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями [Текст].: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. / Е. И. Моисеенко. – М. : Онкология, научн. центр им. Н. Н. Блохина, 1997.
150. Москаленко, В. Д. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией (диады сын-отец). [Текст] / В. Д. Москаленко, В. Шевцов. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – №4.
151. Мудрик, А. В. Введение в социальную педагогику. [Текст] / А. В. Мудрик. – М. , 1997.
152. Мякотных, В. С. Особенности клиники, диагностики и лечения неврологической патологии у ветеранов Афганистана. Медицинская реабилитация ветеранов войн. [Текст] / В. С. Мякотных. – Екатеринбург , 1994.
153. Мякотных, В. С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. [Текст] / В. С. Мякотных. – Екатеринбург , 1994.
154. Мякотных, В. С. Течение травматической болезни головного мозга и последствий хронического психоэмоционального стресса у



ветеранов войны в Афганистане. [Текст] / В. С. Мякотных, Н. З. Таланкина. // Геронтология. Гериатрия. Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург, 2001.

155.Мясищев, В. Н. Психология отношений. [Текст] / В. Н. Мясищев. – Воронеж, 1995.

156.Надеждина, М. В. Особенности течения симптоматической эпилепсии в отдаленном периоде военной травмы. [Текст] / М. В. Надеждина. // Госпитальный вестник. – 2005. – № 2.

157.Нартова-Бочавер, С. К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности. [Текст] / С. К. Нартова-Бочавер. // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 5.

158.Некрасов, А. Я. Международный опыт социальной работы. [Текст] / А. Я. Некрасов. – М., 1994.

159.Никитин, В. А. Социальная работа: проблемы подготовки специалистов [Текст] : учеб. пособие. / В. А. Никитин. – М., 2002.

160.Никонов, В. П. Психическая адаптация в боевой обстановке режима чрезвычайного положения (Северо-Кавказский регион). [Текст] / В. П. Никонов, И. И. Козловский. // Безопасность. Информационный сборник. – 1995. – № 7-8.

161.Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. [Текст] / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Издательский Дом «Нева». : «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002.

162.Новиков, В. В. Психофизиологические проблемы реабилитации участников локальных войн. [Текст] / В. В. Новиков. – С.Пб., 1995.

163.Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. [Текст] // под ред. А. К. Демина, И. А. Деминой. – М. : РАОЗ, 1999.

164.Окунькова, Ю. А. Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных. [Текст] / Ю. А. Окунькова, В. А. Потапова. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9. – № 2.

165.Оруджаев, Н. Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики. [Текст] / Н. Я. Оруджаев. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – №3.

166.Основы социальной работы [Текст] : учеб. / отв. ред. П. Д. Павленок. – М. : ИНФРА, 1999.

167.Очерки социальной психиатрии. [Текст] / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998.

168.Подросток на перекрестке эпох [Текст] : сб. / под ред. С. В. Кривцовой. – М., 1997.

169.Поливанова, К. Н. Психологическое содержание подросткового возраста. [Текст] / К. Н. Поливанова. // Вопросы психологии. – 1996. – № 1.

170.Полустационарные формы психиатрической помощи [Текст] / под. ред. С. Б. Семичева. – М. , 1988.

171.Помников, В. Г. Особенности клиники и медико-социальной экспертизы при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы у участников войны в Афганистане. [Текст] / В. Г. Помников [с соавт.] // Медицинское обслуживание ветеранов войн. – Екатеринбург , 1995.

172.Попов, Ю. В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков. [Текст] / Ю. В. Попов. // Саморазрушающее поведение у подростков : сб. – Л., 1991.

173.Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел [Текст] : матер. семинара практических психологов служб и подразделений ГУВД Москвы. – М. , 1997.

174.Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально – психологического исследования) [Текст] / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара , 1998.

175.Психологическое обеспечение деятельности органов внутренних дел в экстремальных условиях [Текст] : метод. пособие. М. : УВР ГУК и КП МВД России ; ЦОКП МВД России, 2001.

176.Психология здоровья [Текст] : учеб. для вузов / под ред Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003.

177.Психология экстремальных ситуаций [Текст] : хрестоматия / сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М. : АСТ ; Минск : Харвест, 2001.

178.Психолого-педагогический словарь. [Текст] / Авт. – сост. В. А. Мижериков. – Ростов-на-Дону , 1998.

179.Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / под. ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. , 1999.

180.Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании [Текст] / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. – Самара , 1999.

181.Пушкарев, А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. [Текст] / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий [и др.]. – М. : изд-во Института психотерапии, 2000.

182.Пыхтеев, Б. А. Психосоциальная реабилитация участников боевых действий. [Текст] / Б. А. Пыхтеев, Ю. В. Лавров [и др.]. // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1998. – № 2(8).

- 183.Пятницкая, И. Н. Наркомания. [Текст] / И. Н. Пятницкая. – М., 1997.
184. Рабочая книга практического психолога: Технология эффективной профессиональной деятельности. – М., 1996.
- 185.Райский, Б. Ф. Условия и причины возникновения и развития отклонений в поведении детей и подростков. [Текст] / Б. Ф. Райский. – Волгоград, 1986.
- 186.Резник, В. А. Некоторые практические аспекты групповой психотерапии при токсикоманическом поведении у подростков. [Текст] / В. А. Резник // Психологические исследования и психотерапия в наркологии : сб. – Л., 1989.
- 187.Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. [Текст] / Х. Ремшмидт. – М., 1994.
- 188.Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину) [Текст] : руководство. / А. В. Решетников. – М. : Медицина, 2002.
- 189.Римашевская, Н. М. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации. [Текст] / Н. М. Римашевская, Е. Б. Бреева. // Социс. – 1997. – № 6.
- 190.Роджерс, К. Р. Консультирование и психотерапия. [Текст] / К. Р. Роджерс. – М., 2000.
- 191.Розин, В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема. [Текст] / В. М. Розин // Мир психологии. – 2000. – № 1.
- 192.Романов, В. В. Юридическая психология. [Текст] / В. В. Романов. – М., 1998.
- 193.Российская энциклопедия социальной работы [Текст] : в 2-х т. – М., 1997.
- 194.Рудестам, К. Групповая психотерапия. [Текст] / К. Рудестам. – СПб., 1998.
- 195.Руководство по планированию семьи [Текст] / под ред. В. Я. Серова. – М. : РУСФАРМАМЕД, 1997.
- 196.Руководство по социальной психиатрии [Текст] / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : Медицина, 2001.
- 197.Савенко, Ю. С. Социальная психиатрия, социальная реабилитация, социотерапия. [Текст] / Ю. С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 2.
- 198.Савченков, В. В. Употребление алкоголя больными опийной наркоманией. [Текст] / В. В. Савченков [с соавт.]. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. – №10.

199. Самоотношение как эмоционально-оценочная система [Текст] : сб. – М. , 1991.

200. Сафонова, Л. В. Педагогические условия воспитания эмоционального саморегулирования младших школьников в учебной деятельности. [Текст] / Л. В. Сафонова. – Екатеринбург , 1999.

201. Селье, Г. Стресс без дистресса. [Текст] / Г. Селье. – Рига , 1992.

202. Семенов, В. Ю. Социальные аспекты реформирования Российского здравоохранения. [Текст] / В. Ю. Семенов // Социология медицины. – 2002. – № 1.

203. Семенова, Н. Д. Проблема образования психически больных. [Текст] / Н. Д. Семенова, Л. И. Сальникова. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – Вып. 3.

204. Семенюк, Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. [Текст] / Л. М. Семенюк. // Мир психологии и психология в мире. – 1994. – № 10.

205. Семин, И. Р. Психически больной в обществе. [Текст] / И. Р. Семин, А. П. Агарков. – Томск , 1997.

206. Серова, И. А. Антропософия здоровья: тело и дух (философские очерки). [Текст] / И. А. Серова – Екатеринбург : изд-во УрГУ, 1992.

207. Сидоров, П. И. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. [Текст] / П. И. Сидоров, С. В. Литвинцев, М. Ф. Лукманов. – Архангельск , 1999.

208. Синявская, Т. В. Диагностика уровня психоэмоционального напряжения у лиц, деятельность которых связана с профессиональным риском. [Текст] / Т. В. Синявская, И. А. Усатый. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1995. – № 3-4.

209. Скляр, М. С. Здоровье населения и здравоохранение Свердловской области: состояние проблемы, перспективы. [Текст] / М. С. Скляр, О. П. Ковтун, А. П. Боярский. – Екатеринбург : изд-во «Академкнига», 2003.

210. Словарь практического психолога. [Текст] / сост. С. Ю. Головин. – Минск , 1998.

211. Смит, Э. У. Внуки алкоголиков: Проблемы взаимозависимости в семье. [Текст] / Э. У. Смит. – М. , 1991.

212. Снедков, Е. Д. Психогенные реакции боевой обстановки. [Текст] / Е. Д. Снедков – СПб. , 1992.

213. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. [Текст] / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2000.

214. Состояние и перспективы социально-медицинской работы с ветеранами и участниками вооруженных конфликтов [Текст] : матер. Всероссийской пятой научно-практической конференции. / РГППУ. – Екатеринбург, 2005.

215. Сотникова, Е. И. Репродуктивное поведение и контрацепция у подростков. [Текст] / Е. И. Сотникова, С. Р. Перминова. // Проблемы планирования семьи в России. – М., 1994.

216. Социальная политика [Текст] : учеб. / под общ. ред. Н. А. Волгина. – 2-е изд. стереотип. – М. : изд-во «Экзамен», 2004.

217. Социальная работа в учреждениях здравоохранения [Текст] : сб. ст. – М., 1992.

218. Социальная работа. [Текст] / под общ. ред. проф. В. И. Курбатова. – Ростов-на-Дону, 1999.

219. Социальная работа: Российский энциклопедический словарь. – М., 1997.

220. Социальная работа: теория и практика [Текст] : учеб. пособие. – М., 2001.

221. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов [Текст] / под ред. А. И. Осадчих. – М., 1997.

222. Социальные и психологические проблемы детской онкологии [Текст] : матер. I Всероссийской конференции с международным участием. – М., 1997.

223. Социальные проблемы здравоохранения в современной России. – М. : Медицина, 2000.

224. Социологический энциклопедический словарь [Текст] / под ред. В. И. Покровского. – М., 1993.

225. Спектор, С. И. Исследование состояния возрастзависимых показателей и биологического возраста у пациентов с наркотической зависимостью. / С. И. Спектор, В. Н. Мещанинов, И. В. Гаврилов. // Госпитальный вестник. – 2005. – № 1.

226. Спектор, С. И. Посттравматические стрессовые расстройства и злоупотребление психоактивными веществами. [Текст] / С. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов. // Госпитальный вестник. – 2005. – № 2.

227. Спилбергер, Ч. Д. Альманах психологических тестов. [Текст] / Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин. – М., 1995.

228. Станкин, М. И. Психологический климат и взаимоотношения в коллективе. [Текст] / М. И. Станкин. – М., 1998.

229. Съедин, С. И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. [Текст] / С. И. Съедин, Р. А. Абдурахманов. – М. : Министерство обороны РФ, 1992.

230. Табарина, Н. В. Психологические последствия войны. [Текст] / Н. В. Табарина. // Психологическое обозрение. – 1996. – № 1-2.

231. Таланкина, Н. З. Психосоматическая и нейросоматическая патология детей ветеранов Афганистана. [Текст] / Н. З. Таланкина. // Геронтология. Гериатрия. Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург, 2001.

232. Технологии социальной работы [Текст] : учеб. / под ред. Е. И. Холостовой. – М., 2001.

233. Тирер, П. Внебольничная психиатрия: экономия или расточительство? [Текст] / П. Тирер // Обзор современной психиатрии. – 1999. – № 2.

234. Топчий, Л. В. Становление профессионализма социальных работников: от интегральной легенды к истинному знанию. [Текст] / Л. В. Топчий. – М., 1999.

235. Торникрофт, Г. Исследование результатов деятельности психиатрических учреждений. [Текст] / Г. Торникрофт, М. Танзела. – Киев, 1999.

236. Торчинская, Е. Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу. [Текст] / Е. Е. Торчинская. // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 2.

237. Требухов, С. Н. Психогенные расстройства у военнослужащих, получивших ранения в ходе боевых действий в Чечне в ближайшем периоде после эвакуации. [Текст] / С. Н. Требухов, Д. В. Дудник. // Геронтология. Гериатрия. Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург, 2001.

238. Федоров, Ю. Н. Социальная психология. [Текст] / Ю. Н. Федоров. – М., 1998.

239. Фельдштейн, Д. И. Детство как социально-психологический феномен и особое состояние развития. [Текст] / Д. И. Фельдштейн. // Вопросы психологии. – 1998. – № 1.

240. Формирование групп и работа с личным составом ОВД в особых условиях [Текст] / под ред. Н. В. Андреева. – М. : Академия МВД России, 1996.

241. Халман, К. С. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. [Текст] / К. С. Халман // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 6.

242. Хломов, Д. Н. Гештальт-тренинг в группе подростков: осознание и социальная ответственность. [Текст] / Д. Н. Хломов. // Семейная психология и семейная психотерапия. – 1998. – № 2.

243. Храпылина, Л. П. Основы реабилитации инвалидов. [Текст] / Л. П. Храпылина. – М. , 1996.
244. Хьелл, Л. Теории личности. [Текст] / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. , 1997.
245. Цукерман, Г. А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. [Текст] / Г. А. Цукерман. – М. , 1994.
246. Черепанова, Е. М. Психологический стресс. [Текст] / Е. М. Черепанова. – М. : Изд. Центр «Академия», 1996.
247. Черепанова, Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. [Текст] / Е. М. Черепанова. – М. , 1995.
248. Черносвитов, Е. В. Социальная медицина. [Текст] / Е. В. Черносвитов. – М. : ЮНИТИ, 2002.
249. Черносвитов, Е. В. Прикладные методы социальной медицины. [Текст] / Е. В. Черносвитов. – М. : ВЛАДОС, 2002.
250. Черносвитов, Е. В. Социальная медицина. [Текст] / Е. В. Черносвитов. – М. : Акад. Проект, 2003.
251. Чомпи, Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? [Текст] / Л. Чомпи. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т.9. – Вып. 3.
252. Чумаков, Б. Н. Валеология [Текст] : курс лекций. / Б. Н. Чумаков. – М. , 2000.
253. Шабанов, П. Д. Основы наркологии. [Текст] / П. Д. Шабанов. – СПб. , 2002.
254. Шерман, М. А. Психо-вегетативные и нейрофизиологические нарушения у участников современных войн. [Текст] / М. А. Шерман, А. И. Новоселов. // Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург , 2001.
255. Шмелева, Н. Б. Становление и развитие социального работника как профессионала. [Текст] / Н. Б. Шмелева. – Ульяновск , 1997.
256. Шостакович, Б. В. Патернализм и его роль в современной психиатрии. [Текст] / Б. В. Шостакович. // Социально-правовые аспекты психиатрической помощи. – 1990. – № 2.
257. Штроо, В. А. Защитные механизмы: от личности к группе. [Текст] / В. А. Штроо. // Вопросы психологии. – 1998. – № 4.
258. Шубочкина, Е. И. Социально-гигиенические факторы риска и репродуктивное здоровье девушек, обучающихся в ПТУ. [Текст] / Е. И. Шубочкина // Планирование семьи. – 2000. – № 2.
259. Шутов, А. А. Психовегетативные нарушения в резидуальном периоде современной боевой легкой черепно-мозговой травмы. [Текст] / А. А. Шутов, М. А. Шерман. // Медицинское обслуживание ветеранов войн. – Екатеринбург , 1995.

- 260.Эйдемиллер, Э. Г. Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии. [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, С. А. Кулаков, О. В. Черемисин. // Саморазрушающее поведение у подростков : сб. – Л., 1991.
- 261.Энтони, В. Психиатрическая реабилитация. [Текст] / В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас. – Киев , 2001.
- 262.Эриксон, Э. Идентичность: Юность и кризис. [Текст] / Э. Эриксон – М. , 1996.
- 263.Югова, Л. И. Некоторые сравнительные показатели медико-социального плана для бывших воинов-интернационалистов. [Текст] / Л. И. Югова // Медицинская помощь ветеранам войн. – Екатеринбург , 2001.
- 264.Юнг, К. Г. Проблемы души нашего времени. [Текст] / К. Г. Юнг. – М. , 1993.
- 265.Юрьев, В. К. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов, интернов, аспирантов, ординаторов педиатрических факультетов. / В. К. Юрьев, Г. И. Куценко.– СПб : ООО «Издательство «Петрополис»», 2000.
- 266.Юрьева, Л. Н. Кризисные состояния. [Текст] / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1998.
- 267.Ялтонский, В. М. Когнитивно-поведенческая психотерапия посттравматических стрессовых расстройств у сотрудников ОВД. [Текст] / В. М. Ялтонский, И. А. Сирота. // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1999. – № 1(9).
- 268.Ярская-Смирнова, Е. Р. Профессионализация социальной работы в России. [Текст] / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социс. – 2001. – № 5.
- 269.Ярутин, И. М. Клинико-психологический анализ нервно-психических нарушений у ветеранов войны в Афганистане. [Текст] / И. М. Ярутин [с соавт.]. // Медицинское обслуживание ветеранов войн. – Екатеринбург , 1995.
- 270.Ясперс, К. Общая психопатология. [Текст] / К. Ясперс. – М. , 1997.
- 271.Ясперс, К. Феноменологическое направление исследования в психопатологии. [Текст] / К. Ясперс. // Логос. – 1995. – № 5.
- 272.Ястребов, В. С. Роль и место социотерапевтической помощи в современной внебольничной психиатрической службе. [Текст] / В. С. Ястребов, Т. В. Зозуля, А. Ф. Степанова. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – № 8.



Учебное издание

Ивачев Петр Вениаминович  
Чурилов Юрий Сергеевич  
Кузьмин Константин Викторович

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ**

Редактирование	П.В. Ивачев, Ю.С. Чурилов
Корректурa	Г.П. Калинина
Макетирование	Г.П. Калинина

ОГРНИП 304665927500015

Подписано в печать 04.06.07 Формат 60х84/16

Бумага для множительных аппаратов. Печать на ризографе.

Усл. печ. л. 17,0 п.л. Тираж 250 экз. Заказ 788

ИП Калинина Галина Павловна  
620026, г. Екатеринбург, а/я 728  
E-mail: unicum @ sky. ru

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии АМБ  
620144, г. Екатеринбург, ул. Фрунзе, д. 96